Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«ЕЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»
министерства здравоохранения Краснодарского края

Рассмотрен и одобрен
на заседании ЦК
профессионального цикла № 1
от _____20___ года
Протокол № ___.
Председатель ЦК_____

УТВЕРЖДАЮ
Зав. отделом по практическому
обучению
_____ Сергиенко Е.Г.
_____г.

СБОРНИК

МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ТЕХНОЛОГИЙ

ПО МОДУЛЮ

МЛАДШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМИ

2016

Перечень технологий медицинских услуг по профессиональному модулю «Младшая медицинская сестра по уходу за больными»

1. Должностные обязанности палатной медицинской сестры стационара
2. Функциональные обязанности медицинской сестры поликлиники
3. Техника эффективного общения
4. Индивидуальный план обучения пациента по самоконтролю артериального давления
5. Инструктаж пациенту по режиму дня и режиму двигательной активности.
6. Оформление документации к оформлению сестринского процесса.
7. Оценка интенсивности боли
8. Требование к личной гигиене и спецодежде медперсонала.
9. Гигиенический уровень деконтаминации рук.
10. Надевание стерильных перчаток и снятие использованных.
11. Приготовление дез. растворов различной концентрации .
12. Дезинфекция предметов ухода за пациентом, белья и мед.инструментария.
13. Влажная уборка помещений ЛПО.
14. Предстерилизационная очистка изделий медицинского назначения.
15. Контроль качества предстерилизационной очистки.
16. Техника использования стерильного бикса.
17. Биомеханика тела при организации рабочего места медсестры.
18. Техника пользования функциональной кроватью.
19. Перемещение пациента в постели.
20. Транспортировка и перекладывание пациента.
21. Оформление медицинской документации приемного отделения.
22. Санитарная обработка пациента.
23. Измерение массы тела
24. Измерение роста
25. Измерение температуры тела.
26. Уход за лихорадящим пациентом.
27. Измерение артериального давления на периферических артериях
28. Исследование пульса.
29. Определение частоты дыхательных движений.
30. Составление порционного требования.
31. Кормление тяжелобольного через рот
32. Кормление тяжелобольного через назогастральный зонд
33. Кормление тяжелобольного через гастростому
34. Контроль за санитарным состоянием палат, тумбочек, холодильников
35. Размещение тяжелобольного в постели
36. Приготовление и смена постельного белья больному, находящемуся в тяжелом состоянии
37. Пособие по смене белья и одежды больному, находящемуся в тяжелом состоянии
38. Оценка степени риска развития пролежней
39. Оценка степени тяжести пролежней
40. Утренний туалет пациента.
41. Уход за полостью рта.
42. Уход за кожей тяжелобольного пациента.
43. Уход за слизистыми глаз, носа, наружного слухового прохода.
44. Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного
45. Уход за промежностью и наружными половыми органами больному, находящемуся в тяжелом состоянии
46. Применение грелки.
47. Применение пузыря со льдом.
48. Применение банок.
49. Постановка горчичников.
50. Компресс на кожу
51. Постановка пиявок.
52. Ингаляторное введение кислорода
53. Постановка очистительной клизмы.
54. Постановка сифонной клизмы.
55. Пособие при дефекации больного, находящегося в тяжелом состоянии
56. Постановка газоотводной трубки.

57. Постановка гипертонической клизмы.
58. Постановка масляной клизмы.
59. Катетеризация мочевого пузыря мужчины резиновым катетером.
60. Уход за постоянным мочевым катетером
61. Уход за внешнимкатетром
62. Пособие при мочеиспускании больного, находящегося в тяжелом состоянии
63. Помощь при рвоте
64. Промывание желудка.
65. Техника проведения желудочного зондирования
66. Техника дуоденального зондирования
67. Учет и хранение наркотических, ядовитых и сильнодействующих веществ.
68. Выборка назначений из истории болезни
69. Раздача лекарств для внутреннего применения.
70. Введение лекарственных средств в прямую кишку.
71. Закапывание капель в глаза, нос, уши, закладывание мази за веко.
72. Применение лекарственных средств на кожу
73. Ингаляторное введение лекарственных средств
74. Пособие при парентеральном введении лекарственных препаратов
75. Внутрикожное введение лекарств
76. Подкожное введение лекарств и растворов
77. Внутримышечное введение лекарств.
78. Расчет и разведение антибиотиков.
79. Внутривенное введение лекарственных средств
80. Взятие крови из периферической вены
81. Заполнение одноразовой системы для в/в капельного введения лекарственныхсредств.
82. Оформление направлений для лабораторных и инструментальных методов обследования
83. Определение водного баланса
84. Сбор мочи на общий анализ.
85. Сбор мочи на сахар.
86. Сбор мочи для бактериологического исследования
87. Сбор мочи по Нечипоренко.
88. Сбор мочи для пробы по Зимницкому
89. Сбор мочи на диастазу.
90. Взятие кала для исследования на простейшие и яйца гельминтов.
91. Взятие кала для копрологического исследования
92. Взятие кала для бактериологического исследования
93. Взятие кала на скрытую кровь.
94. Взятие мокроты на общий анализ.
95. Взятие мокроты на микобактерии туберкулеза.
96. Техника взятия мокроты для бактериологического исследования.
97. Взятие мазка из зева и носа
98. Подготовка пациента к R – исследованию пищеварительной и мочевыделительной системы.
99. Подготовка пациента к эндоскопическому исследованию ЖКТ и мочевыделительной системы
100. Подготовка пациента к ультразвуковому исследованию
101. Первая помощь при обструкции дыхательных путей.
102. Проведение сердечно-легочной реанимации в ЛПУ
103. Уход за телом умершего.
104. Утилизация медицинских отходов

Медицинская услуга №1

Должностные обязанности палатной медицинской сестры стационара

Функциональное назначение: диагностическое, лечебное, профилактическое

Условия выполнения: стационарные

I. Общая часть

1. На должность палатной медицинской сестры назначается лицо со средним медицинским образованием
2. Назначается и увольняется главным врачом больницы по представлению заведующим отделением, в соответствии с действующим законодательством
3. Непосредственно подчиняется старшей вышестоящих медицинской сестре отделения
4. В своей работе руководствуется распоряжениями вышестоящих должностных лиц настоящей инструкцией

II. Обязанности

1. Осуществляет уход и наблюдение за больными на основе принципов медицинской деонтологии
2. Своевременно и точно выполняет назначения лечащего врача; в случае невыполнения назначений, независимо от причины, немедленно докладывает об этом лечащему врачу
3. Организует своевременное обследование больных в диагностических кабинетах, у врачей консультантов и в лаборатории.



4. Наблюдает за состоянием больного, физиологическими отправлениями, сном. О выявленных изменениях докладывает лечащему врачу.
5. Немедленно сообщает лечащему врачу, а в его отсутствие зав. Отделением или дежурному врачу о внезапном ухудшении состояния больного.
6. Участвует в обходе врачей в закрепленных за нею палатах, докладывает о состоянии больных, записывает назначенное лечение и уход за больными, следит за выполнением назначений
7. Осуществляет санитарно-гигиеническое обслуживание физически-ослабленных и тяжелобольных (умывает, кормит, дает питье, промывает рот, уши, глаза и т. д.)
8. Принимает и размещает в палате больных, проверяет качество санитарной обработки вновь поступивших больных.
9. Проверяет передачи больным с целью недопущения приема противопоказанной пищи и напитков.
10. Изолирует больных в агональном состоянии, присутствует при смерти, вызывает врача для констатации смерти, подготавливает трупы умерших для передачи в морг.
11. Сдает дежурство по палатам у постели больных. Принимая дежурство, осматривает закрепленные за ней помещения, состояние электроосвещения, наличие жесткого и мягкого инвентаря, медицинского оборудования и инструментария, медикаментов. Расписывается за прием дежурства в дневнике отделения.
12. Контролирует выполнение больными и их родственниками режима дня отделения. О случаях нарушения режима докладывает старшей медицинской сестре.
13. Руководит работой младшего медицинского персонала и контролирует выполнении им правил внутреннего трудового распорядка
14. Один раз в неделю производит взвешивание больных, отмечая вес больного в истории болезни. Всем поступившим больным производит измерение температуры тела 2 раза в день, записывая температуру в температурный лист.
15. При обнаружении у больного признаков инфекционного заболевания немедленно сообщает об этом лечащему врачу, по его распоряжению изолирует больного и немедленно производит текущую дезинфекцию. Организует работу по приказу № 280.
16. По назначению врача осуществляет подсчет пульса, дыхания, измеряет суточное количество мочи, мокроты и т.д., записывает эти данные в историю болезни.
17. Следит за санитарным состоянием закрепленных за нею палат, а также личной гигиены больных (уход за кожей, ртом, стрижкой волос и ногтей), за своевременным приемом ги-

гиенических ванн, сменой нательного и постельного белья, записывает смену белья в историю болезни и помывку больных в температурном листе.

18. Заботится о своевременном снабжении больных всем необходимым для лечения и ухода.
19. В случае изменения состояния больного, требующих срочных мер, ставит об этом в известность врача отделения, а в отсутствии врачей немедленно вызывает дежурного врача, оказывает экстренную доврачебную помощь.
20. Следит, чтобы больные получали пищу согласно назначенной диеты.
21. Следит, чтобы выданное больным лекарство было принято в его присутствии.
22. Повышает свою профессиональную квалификацию путем посещения научно-практических конференций для среднего медицинского персонала.
23. Ведет необходимую учетную документацию.
24. В отсутствие сестры-хозяйки совместно с санитаркой отвечает за сохранность полученного белья для больных.
25. В отсутствии старшей медицинской сестры сопровождает во время обхода врачей отделения , дежурного врача, представителей администрации. Заносит в дневник отделения все сделанные замечания и распоряжения.
26. Соблюдает правила личной гигиены.
27. Принимает участие в уборке территории.
28. Проходит инструктаж по ТБ первичный и вторичный 2 раза в год.

III. Права

1. Палатная медицинская сестра имеет право:
2. В отсутствии врача оказывать экстренную доврачебную помощь больным отделения.
3. Повышать свою профессиональную квалификацию на специальных курсах в установленном порядке.
4. Отдавать распоряжение санитарке и контролировать их выполнение.
5. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

IV. Ответственность

Несет ответственность за нечеткое или несвоевременное выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка

Согласовано:
Юрист_____
Экономист_____

Медицинская услуга № 2
Функциональные обязанности медицинской сестры поликлиники

Функциональное назначение: диагностическое, лечебное, профилактическое
Условия выполнения: амбулаторно-поликлинические

1. Выполнение лечебных и диагностических назначений в поликлинике и на дому
2. Проведение профилактических и санитарно-просветительных мероприятий
3. Подготовка амбулаторного приема участкового врача-терапевта (подготовка рабочего места, приборов, инструментов, индивидуальных карт амбулаторного больного, бланков, рецептов и др., своевременное получение результатов и расклейка их по картам и т.д.).
4. Измерение пациентам по указанию участкового врача-терапевта АД, проведение термометрии и др. медицинских манипуляций.
5. Под контролем врача заполнение статистических талонов, карт экстренного извещения, бланков направлений на лечебно-диагностические процедуры, внесение в амбулаторные карты пациентов данных флюорографического и др. исследования, помогает заполнять посыльные листы на ВТЭК, санаторно-курортные карты, выписки из карт амбулаторных больных.

6. Выдача талонов пациентам для повторных посещений врача.
7. Инструктаж пациентов по вопросам подготовки к лабораторным и инструментальным исследованиям.
8. Под контролем врача заполнение карты диспансерного наблюдения на вновь выявленных больных.
9. Подготовка предварительных материалов для составления отчета по диспансеризации населения участка.
10. Комплектация необходимыми инструментами и медикаментами сумки врача-терапевта для оказания помощи на дому.
11. Выполнение манипуляций и взятие материала для бактериологических исследований в соответствие с назначением врача.
12. Информирование лечащего врача о выполнении диагностических и лечебных процедур и всех случаях нарушения режима пациентами, оставляемыми для лечения на дому.
13. Проведение под руководством врача профилактических прививок и их регистрация.

Медицинская услуга № 3

Техника эффективного общения

Функциональное назначение: диагностическое, лечебное, профилактическое
Условия выполнения: амбулаторно-поликлинические, стационарные, неотложная помощь на дому, санаторно-курортные
Цель: научиться эффективному общению

1. Выбирать время для общения, удобное для пациента, не занятое процедурами
2. Говорить медленно, с хорошим произношением, давая пациенту время на восприятие информации
3. Не злоупотреблять терминологией, не вызывая страха у пациента перед неизвестной и непонятной информацией
4. Выбирать темп и скорость речи для конкретного человека, учитывая особенности восприятия и обработки информации у различных пациентов
5. Не начинать беседу с неблагоприятной информации с целью предупреждение негативных эмоций, затрудняющих общение
6. Следить за интонацией своего голоса, не выражая своих эмоций (безразличие, страх, гнев, печаль)
7. Задавать открытые вопросы с целью получения более точных ответов
8. Осторожно использовать чувство юмора, учитывая различное восприятие информации и степень чувства юмора у пациентов

Техника эффективного письменного общения

Цель: научиться эффективному письменному общению
Оснащение: ручки со стержнями разного цвета, бумага, словарь.

1. Писать аккуратно для лучшего восприятия и понимания написанной информации
2. Выбирать правильный размер и цвет букв, так как пациенты могут иметь разный уровень остроты зрения, цветоощущения
3. Включать в записку всю необходимую информацию для исключения неясностей, сомнений и вопросов у пациента
4. Писать грамотно, так как ошибки искажают информацию и подрывают авторитет медсестры
5. Использовать понятные и простые слова (сложные слова и непонятные термины затрудняют понимание и вызывают у пациентов тревогу и страх)
6. Подписывать сообщение с целью предоставления возможности пациенту в случае необходимости получить дополнительную информацию

Медицинская услуга № 4
Индивидуальный план обучения пациента самоконтролю артериального давления

Цель: научить пациента и членов семьи самостоятельно контролировать АД
Вид обучения: индивидуальный
Условия выполнения: амбулаторно-поликлинические, стационарные, неотложная помощь на дому.
Оснащение: (тонометр, фонендоскоп, ручка, температурный лист, линейка), дневник наблюдения.

I. Подготовка к процедуре:

1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличие у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру, в случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
2. Определить мотивацию и способность к обучению.
3. Уточнить у пациента понимание цели и хода процесса обучения и получить его согласие на проведение.
4. Подготовить оснащение и выбрать правильный размер манжеты.

II. Выполнение процедуры:

5. Ознакомить пациента с устройством тонометра и фонендоскопа
6. Предупредить, что измерение проводится не ранее, чем через 15 мин после физической нагрузки
7. Демонстрировать технику наложения манжеты:
8. Наложить манжету на свое левое обнаженное плечо на 2-3 см выше локтевого сгиба (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты); закрепить манжету так, чтобы проходил только один палец. Центр манжеты находится над плечевой артерией (желательно, чтобы пациент спокойно посидел с наложенной манжетой в течение 5 минут).



9. Продемонстрировать технику соединения манжеты и манометра
10. Проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы.
11. Продемонстрировать технику пальпации пульса на плечевой артерии в области локтевого сгиба
12. Вставить оливы фонендоскопа в уши и поставить мембрану фонендоскопа на место пульсации так, чтобы мембрана оказалась под манжетой
13. Продемонстрировать технику пользования «грушей»:

- Взять в руку, на которой наложена манжета манометр, в другую – «грушу» так, чтобы 1-м и 2-м пальцами можно было открывать и закрывать вентиль.
- Закрыть вентиль на «груше», повернув его вправо, этой же рукой быстро нагнетать в манжету воздух после исчезновения тонов Короткова (или пульсация лучевой артерии) еще на 30 мм рт. ст. выше.
- Выпускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм рт. ст. в 1 с, повернув вентиль влево.
- Одновременно фонендоскопом выслушивать тоны на плечевой артерии и следить за показателями шкалы манометра: при появлении первых звуков (тоны Короткова) «отметить» на шкале и запомнить цифру, соответствующую систолическому давлению.
- Акцентировать внимание пациента на том, что появление первых звуков соответствует величине систолического давления, а переход громких звуков в глухие или их исчезновение соответствует величине диастолического давления.
- Повторить процедуру через 2-3 минуты.

14. Данные измерения округлить до 0 или 5, записать в виде дроби: в числителе – систолическое давление; в знаменателе – диастолическое (данные исследований взять по наименьшему измерению).

15. Убедиться в том, что пациент обучился технике измерения АД, попросив его продемонстрировать процедуру. При необходимости дать письменную инструкцию.
16. Обучить ведению дневника наблюдения.

III. Окончание процедуры:

17. После использования протереть мембрану и оливы фонендоскопа марлевым шариком со спиртом.
18. Вымыть руки.

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.

Существуют специальные тонометры для самоконтроля АД со встроенным в манжету фонендоскопом.

По окончании обучения пациент должен знать устройство тонометра, правила измерения АД, нормальные показатели АД, по окончании обучения пациент должен уметь измерять АД, вести дневник наблюдения.

Медицинская услуга № 5.
Инструктаж пациенту по режиму дня и режиму двигательной активности

Функциональное назначение – профилактическое, лечебное

Условия выполнения – стационарные

В условиях стационара медсестре часто приходится осуществлять уход за пациентами с нарушением удовлетворения потребности «двигаться».

Такие пациенты особенно нуждаются в интенсивном сестринском уходе, так как они не могут самостоятельно удовлетворить большинство своих потребностей.

Удовлетворение потребности «двигаться» может быть нарушено в результате болезни. В некоторых ситуациях пациенту запрещает или ограничивает двигательную активность врач, который стремится предотвратить возможное ухудшение состояния больного человека в связи с чрезмерной для него физической нагрузки.

В зависимости от заболевания и состояния пациента, врач назначает ему определенный РЕЖИМ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ. Обеспечить выполнение назначенного режима – задача медицинской сестры.

ВИДЫ РЕЖИМОВ ДВИГАТЕЛЬНОЙ (ФИЗИЧЕСКОЙ) АКТИВНОСТИ:

1. Строгий постельный режим – пациенту категорически запрещается не только вставать, садиться, но в некоторых случаях – даже самостоятельно поворачиваться в постели.
2. Постельный режим – разрешается поворачиваться в постели, под наблюдением медицинской сестры или специалиста по лечебной физкультуре – делать специальные гимнастические упражнение. Через определенное время, с разрешения врача, - присаживаться на краю крови, опустив ноги.
3. Палатный режим – разрешается сидеть на стуле рядом с кроватью, вставать и недолго ходить по палате. Туалет, кормление пациента и физиологические отправления осуществляются в палате.
4. Общий режим – разрешается свободная ходьба по коридору и другим помещениям стационаре, прогулки по территории больницы. Пациент самостоятельно обслуживает себя: принимает пищу, пользуется туалетом, ванной комнатой.

ЗАПОМНИТЕ!

Нарушение двигательной активности может повлечь за собой тяжелые последствия для пациента, вплоть до смертельного исхода.

В функциональные обязанности м/с приемного отделения и постовой медсестры входит ознакомление пациента с режимом дня стационара, о чем делается запись на титульном листе медицинской карты пациента.

Режим лечебного учреждения

7-00	подъем
7-00 – 7-30	Измерение температуры тела
7-30 -8-00	Утренний туалет
8-00 – 8-30	Раздача лекарств
8-30 – 9-30	завтрак
9-30 – 12-00	обход врачей
12-00 – 14-00	Выполнение врачебных назначений
14-00 – 14-30	обед
14-30 – 16-30	Послеобеденный отдых
16-30-17-00	Измерение температуры
17-00-17-30	Послеобеденный чай
17-30 – 19-00	Посещение родственниками
19-00 – 19-30	Раздача лекарств
19-30 – 20-00	ужин
21-30 – 22-00	Вечерний туалет
22-00	Отход ко сну

Медицинская услуга № 6.

Оформление документации к осуществлению сестринского ухода

Функциональное назначение - лечебное

Цель: Документирование этапов сестринского процесса

ОСНАЩЕНИЕ: документация к осуществлению сестринского ухода, ручка, термометр, тонометр, часы, шкала оценки боли, пролежней и т.д.

Вначале, используя принцип холизма, медицинская сестра описывает в документации социальный статус пациента.

На *первом этапе сестринского процесса* данные сестринского обследования фиксируются в «Листе сестринской оценки пациента» кратко, четко и однозначно, используя только общепринятые сокращения (см. «Документацию к осуществлению сестринского процесса»). Следует отмечать знаком «плюс» ответ «Да» или «Нет». Если проблемы нет, то нет и замечаний. При заполнении графы «Замечания» листа сестринской оценки следует помнить, что замечание не является проблемой.



После первичной оценки состояния пациента и записи полученной информации сестра обобщает ее, анализирует и делает определенные выводы, приводящие к формулировке проблем. Полезно обсудить выводы с коллегами или врачом.

На *втором этапе сестринского процесса*, записывая проблемы пациента в план ухода, их формулируют словами самого пациента, т. к. это дает возможность больному лучше понять весь план ухода, а сестре – обсудить весь план ухода.

У пациента могут быть выявлены несколько проблем одновременно. Следует установить их приоритетность и последовательность разрешения с учетом степени риска для жизни и здоровья пациента.

При работе с сестринской документацией необходимо создать атмосферу открытости. Пациент имеет право определить и проверить, что решено и записано в отношении его оценки и планируемого ухода. Пациент также имеет право высказать свое мнение и предложить какие-либо изменения.

Документация носит конфиденциальный характер до тех пор, пока сам человек не пожелает ознакомить с ней членов семьи.

На *третьем этапе* совместные планы помощи пациенту тщательно проверяются во избежание нежелательного возбуждения, страха или сомнения у пациента.

План сестринского ухода

Ф.И.О. пациента_____ Петров Иван Николаевич _____
Отделение_____терапевтическое_____
№ палаты_____№ 4_____

Дата	Проблема пациента	Цели (ожидаемый результат)	Сестринские вмешательства	Периодичность (кратность, частота оценки)	Конечная дата достижения цели
14.10.11	Иван Николаевич не понимает важности диетотерапии	Иван Николаевич понимает важность диетотерапии	Беседа с пациентом и членами его семьи о назначенной врачом диете	ежедневно	16.10.11

Подпись сестры____Котова Е.В._____

Суть планирования заключается в определении (совместно с пациентом):

- Целей (ожидаемого результата) для каждой проблемы
- Характера и объема сестринского вмешательства, необходимого для достижения поставленных целей
- Продолжительности сестринского вмешательства

Для оценки результата сестринского ухода цели должны быть указаны в измеряемых показателях, т.е. записаны как изменение поведения пациента, его словесная реакция, конкретные изменения в динамике состояния, измерение определенных физиологических показателей.

В план ухода записываются сестринские вмешательства – перечень действий сестры, направленных на решение проблем конкретного пациента. Для описания вмешательств важно использовать конкретные термины и подробное описание действий.

Все сестринские вмешательства на *четвертом этапе* сестринского процесса - реализации, после выполнения записываются в протоколе к плану ухода с указанием времени, самого действия и реакции пациента на сестринское вмешательство.

Протокол к плану ухода

Отделение_____терапевтическое №1_____
Палата___№ _____
ФИО пациента_____Петров Иван Николаевич_____
Врачебный диагноз___Язва двенадцатиперстной кишки_____
Время начала реализации плана__14 октября 2011_____

Дата	Оценка	Комментарии	Подпись сестры
15.10.11	положительно	Провела беседу с женой Ивана Николаевича о характере передач продуктов	Котова Е.В.

Итоговая оценка_____положительно_____
Подпись сестры____Котова Е.В._____

Текущая оценка эффективности и качества сестринского ухода *(пятый этап сестринского процесса)* производится сестрой постоянно. Цель итоговой оценки – определить результат, т.е. состояние пациента, достигнутое в результате сестринского вмешательства. Для осуществления итоговой оценки сестре потребуются те же навыки, что и при первичной оценки состояния пациента.

Если поставленная цель достигнута, делается четкая запись в плане ухода «Цель достигнута». Если не достигнута или достигнута не полностью – следует записать словесную или поведенческую реакцию пациента.

Запомните!

- Документировать все сестринские вмешательства в самые короткие сроки
- Записывать жизненно важные вмешательства незамедлительно
- Всегда записывать отклонения от нормы состояния пациента
- Расписываться четко в каждой указанной для подписи графе
- Документировать факты, а не собственное мнение
- Не использовать «туманные» термины
- Быть точной, описывать кратко
- Ежедневно сосредотачиваться на 1-2 проблемах или важных событиях дня
- Записывать несоблюдение пациентом предписаний врача или отказы
- Не оставлять свободные графы в документации
- Записывать только выполненные сестрой вмешательства

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

Медицинская сестра должна постоянно наблюдать за внешним видом и состоянием больного, и при любых изменениях состояния сообщать врачу. Наблюдение за внешним видом и состоянием больного определяют: состояние сознания, положение больного, общий вид, состояние внешних покровов.

Различают 5 видов состояния сознания:

1. Состояние ясного сознания, когда больной конкретно и быстро отвечает на вопросы.
2. Состояние помраченного сознания, при котором больной отвечает правильно, но с опозданием.
3. Ступор – больной находится в состоянии оцепенения, на вопросы не отвечает или отвечает неосмысленно.
4. Сопор – патологический сон, больной находится в бессознательном состоянии, но у него сохраняются рефлексы.
5. Кома – полное подавление сознания с отсутствием рефлексов.

Кратковременная потеря сознания вследствие малокровия мозга именуется обмороком.

Различают три положения больного: активное, пассивное и вынужденное.

Общий вид больного и особенно телосложение в ряде случаев позволяют судить о состоянии его здоровья. По осанке больного; его манере держаться, можно сделать заключение о тяжести заболевания, развитии мышц, а иногда и о профессиональных привычках.

Большинство тяжелобольных или психически подавленных людей сгорблены. При внешнем осмотре определяют тип конституции (анатомо-физиологические особенности организма, полученные по наследству от родителей и во взаимодействии с внешней средой). Различают три конституционных типа: нормостенический, астенический, гиперстенический.

Осмотр лица оказывает существенную помощь в диагностике различных заболеваний. При осмотре перитоните (воспалении брюшины) заостряются черты лица, западают глаза, появляется обильный пот (лицо Гиппократа). При заболевании почек лицо отечно, бледное.

У лихорадящих больных лицо приобретает выражение возбуждения: щеки красные, глаза блестящие.

НОС. Постоянное покраснение носа с развитыми мелкими сосудами наблюдается при хроническом алкоголизме. Носовое кровотечение могут быть вызваны местными причинами и общими заболеваниями (гипертоническая болезнь, болезнь крови).

При осмотре ГЛАЗ обращают внимание на состояние роговицы, конъюнктивы, зрачков. Выпячивание глаз (экзофтальм), дрожание век является признаками заболевания щитовидной железы. Окрашивание склер и конъюнктив в желтый цвет является ранним симптомом желтухи. Сужение зрачков наблюдается при отравлении морфином, опием, опухолях мозга, а расширение – при отравлениях атропином, при коме.

Обращают внимание на окраску кожных покровов и слизистых оболочек. БЛЕДНОСТЬ кожных покровов развивается прежде всего в результате уменьшения количества крови в сосудах кожи (охлаждение, кровопотери, злокачественные опухоли). Кроме того бледность бывает у больных с отеками при болезнях почек вследствие сдавливания сосудов кожи.
ПОКРАСНЕНИЕ (ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ) может иметь различные оттенки, доходить до багрово-вишневого цвета, вследствие повышения содержания эритроцитов и гемоглобина крови. Покраснение кожи обусловливается также расширением сосудов кожи (при лихорадке), приеме сосудорасширяющих средств (нитроглицерин).
ЖЕЛТУХА возникает вследствие избыточного накопления желчных пигментов (билирубина) в крови и отложения их в кожу. Желтуху различают: механическую, паренхиматозную и гемолитическую. МЕХАНИЧЕСКАЯ возникает при нарушении оттока желчи из желчного пузыря и печени в 12-перстную кишку. Желчь задерживается в желчных ходах и печени и частично поступают в кровь, а из нее в кожу (желчекаменная болезнь, холецистит).
ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПАРЕНХИМЫ печеночных клеток (болезнь Боткина, токсические гепатиты). Желчь поступает не только в желчные ходы, но и в кровеносные сосуды. Такая желтуха называется паренхиматозной.
ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ желтухе наблюдается усиленный распад эритроцитов. Желтуха может быть истиной и ложной. ЛОЖНАЯ желтуха возникает при приеме каротина, пикриновой кислоты, томатного и морковного сока. Окрашивание в желтый цвет происходит только кожи. ПРИ ИСТИННОЙ желтухе в желтый цвет окрашиваются кроме кожи склеры глаз и слизистые оболочки, в крови содержание билирубина повышается, а в моче появляются желчные пигменты.
ЦИАНОЗ (СИНЮХА) различают местный и общий.
ОБЩИЙ цианоз возникает в результате недостаточного насыщения крови кислородом и избыточного накопления в ней углекислоты (заболевания легких, когда нарушается газообмен). МЕСТНЫЙ акроцианоз при нарушении кровотока в тканях. В этом случае отмечается синюшность кончика носа, ушей, пальцев рук и ног.

ВЫСЫПАНИЯ бывают разнообразного характера эритемы (крупнопятнистые, поражение кожи), крапивница (волдыри беловатого цвета, возвышающие над поверхностью кожи), крапивница (волдыри беловатого цвета, возвышающиеся над поверхностью кожи), розеолы (покраснение кожи в виде ограниченного воспалительного расширения капилляров). Они имеют большое значение для распознания инфекционных и аллергических заболеваний.

ОТЕКИ бывают местными и общими. МЕСТНЫЙ отек развивается при местном воспалительном процессе или вследствие местного затруднения оттока крови (артрит, фурункул, отек Квинке). ОБЩИЕ отеки наблюдаются не только на ногах, руках, лице, но и в серозных полостях. Такой массивный распространенный отек называется анасаркой. Скопление отечной жидкости в плевральной полости носит название гидроторакса, в брюшной полости – асцита, в перикарде – гидроперикарда. Небольшая отечность лица, ног именуется пастозностью.

Медицинская услуга № 7
Оценка интенсивности боли

Функциональное назначение: диагностическое
Условия выполнения: амбулаторно-поликлинические, стационарные, транспортировка в условиях «скорой помощи»
ОСНАЩЕНИЕ: антисептик для обработки рук или мыло, различные шкалы оценки боли. Вопросник Мак-Гилла по определению степени выраженности болевого синдрома, шкала комы Глазго.

Алгоритм оценки интенсивности боли

I.Подготовка к процедуре

1.1. Убедиться, что пациент находится в сознании.

2. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличие у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру, в случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2.1. При диагностировании сознания, отличного от ясного использовать шкалу комы Глазго для определения уровня угнетения сознания.

3. Убедится в возможности речевого контакта с пациентом, учитывая тяжесть состояния, возраст, уровень сознания, нарушение речи, наличие, отсутствие языкового барьера.

3.1. При невозможности речевого контакта с пациентом, диагностировать и документировать невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли).

II. Выполнение процедуры.

4. При наличии ясного сознания и возможности речевого контакта провести оценку степени боли на диагностическом уровне.

4.1. Спросить у пациента о наличии боли.

4.2. При подтверждении пациентом наличия болевого синдрома:

4.2.1. Предложить пациенту оценить интенсивность боли по 5-бальной шкале.

4.2.2. Выяснить локализацию боли.

4.2.3. Выяснить иррадиацию боли.

4.2.4. Выяснить продолжительность боли.

4.2.5. Выяснить характер боли.

4.2.6. Полученные результаты документировать. Зоны боли описать в терминах топографической анатомии или отметить на схематическом изображении человеческого тела.

4.3. При отрицании пациентом наличия болевого синдрома документировать в медицинской документации факт отсутствия боли в момент осмотра.

5. При проведении повторного исследования уровня боли (динамический мониторинг уровня боли), провести оценку уровня боли на уровне динамической оценки

5.1. Предложить пациенту отметить текущий уровень боли на 10-бальной шкале визуально-аналогового контроля.

5.2. Попросить пациента отметить на той же шкале уровень боли на момент предыдущего осмотра.

5.3. Оценить положительную/отрицательную динамику субъективной оценки болевого синдрома в абсолютных и/или относительных показателях.

5.4. Полученные результаты документировать.

6. При проведении первичной оценки уровня боли, а также при изменении характера болевого синдрома провести оценку уровня боли на описательном уровне.

6.1. Инструктировать пациента о правилах заполнения вопросника Мак-Гилла по определению степени выраженности болевого синдрома (см. Приложение).

6.2. Предоставить пациента бланк вопросника и авторучку.

6.3. По окончании заполнения рассчитать ранговые индексы по 4 основным группам (сенсорные ощущения, эмоциональные ощущения, оценка интенсивности, параметры, отражающие общие характеристики боли); на основании полученных показателей рассчитать ранговый индекс боли (РИБ).

6.4. Заполнить расчетные поля бланка вопросника.

6.5. На основании данных, полученных в п. 3.2.1., заполнить поле «настоящее ощущение интенсивности боли» (НИБ).

III. Окончание процедуры

6. Ознакомить пациента с полученными результатами.

7. Вымыть (с использованием антисептика или мыла) и осушить руки.

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

9. При отказе пациента от проведения оценки, а также при наличии подозрений в истинности предоставляемых данных (симуляция, аггравация, диссимуляция) диагностировать и документировать невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли).

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.

При проведении оценки уровня боли по шкале Мак-Гилл необходимо попросить пациента отметить одно слово, которое наиболее точно отражает его болевое ощущение в любых (не обязательно во всех) классах оценочной шкалы.

В педиатрической, гериатрической, психиатрической практике, а также в случаях, когда проведение оценки уровня боли затруднено языковым барьером, может быть использована *пиктографическая шкала*, схематично изображающая выражение лица человека.

Приложение

Вопросник (анкета) Mc Gill по определению степени выраженности болевого синдрома

ШКАЛЫ ДЛЯ ВЕРБАЛЬНОЙ И НЕВЕРБАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ОСЛАБЛЕНИЯ БОЛИ.

1. Шкала оценки боли (вербальная сравнительная шкала рейтинга боли)

0= Боль отсутствует в состоянии покоя и при движении.
1= Боль отсутствует в состоянии покоя, легкая боль при движении
2= Легкая боль в состоянии покоя, умеренная боль при движении
3= Умеренная боль в состоянии покоя, сильная при движении
4= Сильная боль в состоянии покоя и при движении.

2. Шкала для характеристики ослабления боли:

Боль полностью исчезла\ = (А)
Боль почти исчезла\ = (В)
Боль значительно уменьшилась\ = (С)
Боль уменьшилась слегка\ = (Д)
Нет заметного уменьшения боли\ = (Е)

3. Шкала успокоения:

0= Успокоение отсутствует
1= Слабое успокоение, дремотное состояние, быстрое (легкое) пробуждение
2= Умеренное успокоение, обычно дремотное состояние, быстрое пробуждение (легкое пробуждение)
3= Сильное успокоение, усыпляющее действие, трудно разбудить пациента
4= Пациент в состоянии сна, легкое пробуждение

Линейка со шкалой для определения интенсивности боли.

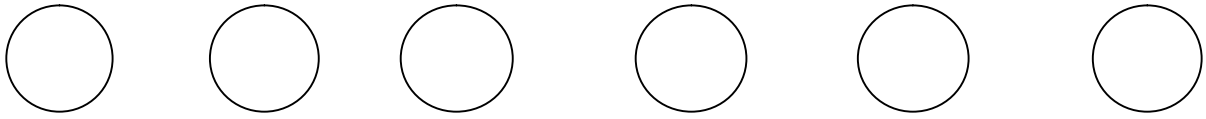
Простейшая описательная шкала интенсивности боли.

/_____ /_____ /_____ /_____ /_____ /_____
Отсутствие Средняя боль Терпимая Сильная боль Очень Не-выносимая боль
Боли боль сильная боль

Цифровая шкала интенсивной боли от 0 до 10

/_____ /_____ /_____ /_____ /_____ /_____ /_____ /_____ /_____ /_____ /_____
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
отсутствие боли терпимая боль невыносимая боль

Визуально – аналоговая шкала



К невербальным признакам боли (*маркерам боли*) относятся:

- Влажная кожа
- Тахикардия и тахипноэ, не связанные с заболеванием
- Слезы, влажные глаза

- Расширение зрачков
- Вынужденная поза
- Характерная мимика – сжатые зубы, напряжение мимической мускулатуры лица (нахмуренный лоб, поджатые губы)
- Прижатие рукой места боли, поглаживание и растирание его
- Нарушение глазного контакта (бегающие глаза).
- Изменение речи (темпа, связности, стиля)
- Поведенческие реакции (двигательное беспокойство, постукивание пальцами, непоседливость)
- Эмоциональные реакции: капризность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, вспышки агрессии.
- Нарушение сна
- Потеря аппетита
- Стремление к одиночеству
- Стоны во сне или в те моменты, когда пациент считает, что он один
- Частые разнообразные жалобы, не связанные с болью.

Медицинская услуга № 8
Требование к личной гигиене и медицинской одежде медперсонала

Функциональное назначение – профилактическое
Условия выполнения – стационарные, амбулаторно-поликлинические

Медицинские сестры должны быть образцом чистоты и аккуратности. Они должны носить установленную для них форму, принятую в данном учреждении. Она состоит из чистого халата и шапочки, закрывающей полностью волосы, маска обувь на антистатической подошве, удобная для носки, не производящая шума при ходьбе или тапочки. Волосы должны быть аккуратно уложены. Косметика должна быть умеренной, ногти коротко подстрижены, не разрешается носить белье из синтетических тканей (не разрешается по технике безопасности) Верхнюю одежду, особенно вязаную или шерстяную, снимают; перед работой рекомендуется принять душ. Сестры должны тщательно охранять свои руки от загрязнения; никогда не следует прикасаться незащищенной рукой к инфицированным предметам, гнойным повязкам и бинтам. На руках не должно быть трещин и царапин, заусенцев и мозолей. Медицинские сестры должны избегать физической работы, связанной с ранением рук, при выполнении домашних работ следует надевать резиновые перчатки. Ногти должны быть всегда коротко обрезанными и чистыми, покрывать ногти лаком категорически воспрещается. Кожа рук должна быть здоровой, мягкой, эластичной.
Важно содержание в чистоте не только рук, но и всего тела, но и полости рта (кариозные зубы) и носоглотки. Всякое лихорадочное заболевание – насморк, ангина, а также гнойничковые процессы исключают работу в процедурной. Ложное понимание долга медицинской сестры (работать больной) может привести к серьезным осложнениям у больного.
Ношение колец и других украшений на руках несовместимо с работой, прическа должна быть простой и строгой, волосы должны быть тщательно убраны под шапочку.
Медсестра проходит медосмотр при поступлении на работу, далее 1 раз в год. Бак. исследование мазков со слизистой носа на наличие патогенного стафилококка ежеквартально (Приказ М.З. СССР № 720 от 30).
Для предупреждения внутрибольничной инфекции медсестра обязана:
- раздельно хранить верхнюю одежду и спецодежду;
- не выходить в спецодежде за пределы отделения;
- не носить спецодежду в неслужебное время.

Использование медицинского халата (костюма).

Функциональное назначение - лечебное, профилактическое
Условия выполнения – стационарные, амбулаторно-поликлинические
ПОКАЗАНИЯ: Создание барьера, препятствующего распространению и передачи инфекции от пациента персоналу и от персонала пациенту. Обеспечение высокого уровня чистоты и гигие-

ны. Охрана здоровья персонала. Все виды профессиональной деятельности в лечебно-профилактических учреждениях

ОСНАЩЕНИЕ: мыло или антисептический раствор для обработки рук**,** зеркало, одноразовый или полотняный халат с застежками сзади с длинным рукавом (костюм или платье и фартук), сменная обувь на устойчивом каблуке, легко подвергающая дезинфекции и обработке, емкость для использованного материала, диспенсер с одноразовым полотенцем.



1. Вымыть руки гигиеническим способом для удаления бытовой грязи, временных микроорганизмов и продуктов жизнедеятельности кожи
2. Надеть чистый медицинский халат, завязав повязки сзади, так, чтобы он полностью закрывал личную (домашнюю) одежду или полотняный костюм. Халат (костюм) создает барьер, препятствующий передаче микроорганизмов, уменьшает распыление роговых чешуек кожи с тела.
3. При выходе за пределы кабинета отдельная медицинская одежда снимается, а если это невозможно, следует надеть верхний халат, а по возвращению его снять.
4. В конце рабочей смены или в случае загрязнения снять халат, прикасаясь только к его внутренней поверхности, выворачивая наизнанку, свернуть (во время ношения медицинская одежда загрязняется микроорганизмами, увлажнение способствует интенсивному росту микробов, увеличивает риск перекрестной инфекции).
5. Использованный халат поместить в мешок (контейнер) для последующей обработки с целью предупреждения выноса инфекции за пределы отделения и загрязнения окружающей среды.
6. Вымыть и осушить руки.



Использование медицинской шапочки и маски

Цель манипуляции - лечебная, профилактическая

Условия выполнения – стационарные, амбулаторно-поликлинические

ЦЕЛЬ: Создание барьера, препятствующего перекрестной инфекции. Обеспечение высокого уровня чистоты и гигиены. Охрана здоровья персонала.

ПОКАЗАНИЯ:

- при работе в процедурном кабинете, перевязочной, операционном блоке, родильном зале, отделении реанимации и палате интенсивной терапии
- при выполнении инвазивных процедур
- в боксах, инфекционных отделениях
- в период эпидемии воздушно-капельной инфекции

ОСНАЩЕНИЕ: мыло или антисептический раствор для обработки рук, зеркало, стерильный пинцет, чистая одноразовая или полотняная, не содержащая ворса медицинская шапочка, бикс со стерильным материалом, маска чистая одноразовая или четырехслойная марлевая многократного применения стерильная, емкость (мешок) для использованного материала, диспенсер с одноразовым полотенцем.

1. Вымыть руки стандартным способом для удаления бытовой грязи, временных микроорганизмов и продуктов жизнедеятельности кожи.
2. Глядя в зеркало, надеть полотняную или разовую медицинскую шапочку, убрав под нее все волосы на голове и шее, т.к. волосы и перхоть – возможные источники бактерий

3. Стерильным пинцетом достать продезинфицированную или стерильную маску из бикса, взять ее за тесемки.
4. Глядя в зеркало, надеть маску, так, чтобы она плотно прилегала, прикрывала рот и нос - лицевые маски и защитные очки сокращают вероятность инфицирования слизистой оболочки рта, носа и глаз
5. При желании надеть защитные очки.
6. Маска меняется по мере увлажнения и загрязнения, но не реже чем каждые 2 часа. Лицевая маска препятствует распространению инфицированной слюны с помощью фильтрации и меняет направление распылений из верхних дыхательных путей во время разговора, кашля, дыхания.
7. Маски нельзя сохранять для последующего использования, вешая на шею или убирая в карман, т.к. возможно инфицирование при повторном использовании или при прикосновении
8. Снять маску, прикасаясь только к завязкам.
9. Сбросить в мешок (емкость для последующей обработки) с целью предупреждение загрязнения окружающей среды.
10. Вымыть и осушить руки.

Медицинская услуга № 9
Гигиенический уровень деконтаминации рук

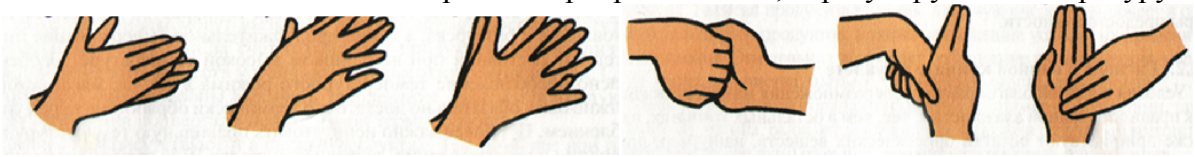
Функциональное назначение – профилактическое
Условия выполнения – амбулаторно-поликлинические, стационарные, сан.-курортные.

ОСНАЩЕНИЕ: жидкое мыло (мыльница с решеткой и кусок мыла), кожный антисептик, салфетки, бумажное полотенце, 70% спирт.

Показания:
Гигиеническая обработка рук проводится:
- перед выполнением инвазивных процедур;
- перед уходом за пациентом с ослабленным иммунитетом;
- перед и после ухода за раной и мочевым катетером;
- Перед одеванием и снятия перчаток;
- После контакта с биологическими жидкостями организма и после возможного микробного загрязнения.

Алгоритм выполнения процедуры

I.Подготовка к процедуре:
1. Снимите все кольца с рук, за исключением обручального (углубления на поверхности ювелирных изделий являются местом размножения микроорганизмов).
2. Сдвиньте часы выше запястья или снимите их, положите в карман или прикрепите булавкой к халату.
3. откройте водопроводный кран, используя бумажную салфетку, чтобы избежать контакта с имеющимися на кране микроорганизмами, отрегулируйте температуру воды.



II.Выполнение процедуры:
4. Нанесите на руки 3-5 мл антисептика.
5. Вымойте руки под струей воды методом «полива».
6. Нанесите жидкое мыло и тщательно намыльте руки. Вымойте руки, используя следующую технику:
   - энергичное механическое трение ладоней – 10 с, повторите 5 раз;

- правая ладонь растирающими движениями моет (дезинфицирует) тыльную сторону левой кисти, затем левая ладонь также моет правую, повторить 5 раз;
- левая ладонь находится на правой кисти; пальцы рук переплетены, повторить 5 раз;
- пальцы одной руки согнуты и находятся на другой ладони (пальцы переплетены) повторить 5 раз;
- чередующее трение больших пальцев одной руки ладонями другой; ладони сжаты, повторить 5 раз;
- переменное трение ладони одной руки сомкнутыми пальцами другой руки, повторить 5 раз.

7. Промойте руки под проточной водой, держите их так, чтобы запястья и кисти были ниже уровня локтей.

III. Завершение процедуры:

8. Закройте кран, используя бумажную салфетку.
9. Осушите руки бумажным полотенцем.
10. Нанесите на руки 3-5 мл 70^0 спирта методом «полива» и вотрите в кожу рук.
11. Наденьте стерильные перчатки.

Медицинская услуга № 10
Надевание стерильных перчаток и снятие использованных

Функциональное назначение – профилактическое
Условия выполнения – амбулаторно-поликлинические, стационарные, санаторно-курортные, оказание неотложной помощи, транспортировка.

Перчатки надевают при:

- контакте с кровью
- контакте с семенной жидкостью или влагалищным секретом
- контакте со слизистой оболочкой носа, рта
- контакте с любой биологической жидкостью, независимо от присутствия в ней крови
- нарушении целостности кожи на руках сестринского персонала и/ или у пациента
- необходимости работать с материалами или предметами (катетерами, эндотрахеальными трубками и т.п.), загрязненными кровью или другими биологическими жидкостями (мочой, фекалиями).

ПЕРЧАТКИ (чистые или стерильные) - часть защитной одежды. Стерильные перчатки можно надевать без посторонней помощи.

Запомните! Правша надевает сначала правую перчатку, а снимает левую.
ОСНАЩЕНИЕ: упаковка со стерильными перчатками, лоток, контейнер с дезинфектантом**.**

Алгоритм выполнения процедуры

I. **Подготовка к процедуре**

1. Разверните упаковку с перчатками (можно положить упаковку на стол)

II. Выполнение процедуры

2. Возьмите перчатку за отворот левой рукой так, чтобы ваши пальцы касались внутренней поверхности перчатки.
3. Сомкните пальцы правой руки и введите их в перчатку.
4. Разомкните пальцы правой руки и натяните перчатку на пальцы, не нарушая ее отворота.
5. Заведите под отворот левой перчатки 2,3 и 4-й пальцы правой руки, уже одетой в перчатку так, чтобы 1-й палец правой руки был направлен в сторону 1-ого пальца на левой руке.
6. Держите левую перчатку 2,3 и 4 пальцем правой руки вертикально.
7. Сомкните пальцы левой руки и введите ее в перчатку.

III. Завершение процедуры.

8. Расправьте отворот вначале на левой перчатке, натянув ее на рукав, затем на правой с помощью 2 и 3-его пальцев, подводя их под подвернутый край перчатки.

В зависимости от ситуации, перчатки лучше надеть на рукава халата. В тех случаях, когда не требуется халат с длинными рукавами, перчатки закрывают запястье и часть предплечья.

Использованные перчатки снимаются следующим образом:

1. Пальцем правой руки в перчатке сделайте отворот на левой перчатке, касаясь ее только с наружной стороны.
2. Пальцем левой руки сделайте отворот на правой перчатке также касаясь ее только с наружной стороны.
3. Снимите перчатку с левой руки, выворачивая ее наизнанку и держа за отворот.
4. Держите снятую с левой руки перчатку в правой руке.
5. Левой рукой возьмите перчатку на правой руке за отворот с внутренней стороны и снимите перчатку с правой руки, выворачивая ее наизнанку.
6. Обе перчатки (левая оказалась внутри правой) поместить в емкость с дезинфицирующим средством или выбросите в непромокаемый мешок.



Медицинская услуга № 11
Приготовление дезинфицирующих растворов различной концентрации

Функциональное назначение – профилактическое
Условия выполнения – амбулаторно-поликлинические, стационарные, санаторно-курортные.
ОСНАЩЕНИЕ: клеенчатый фартук, резиновые перчатки, герметичные очки, четырехслойная марлевая повязка или респиратор, дополнительный халат, косынка, контейнеры для дезинфекции, дезинфектанты, рекомендованные к применению, весы или мерная емкость, вода, мыло, деспенсер с одноразовым полотенцем, крем для рук.

ТЕХНИКА БЕЗОПАСНОСТИ.

Приготовлением концентрированных дезрастворов занимается специально обученное лицо – дезинфектор. 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. При попадании дезсредств в глаза и на слизистую оболочку – промыть проточной водой. После применения раствора руки вымыть с мылом и смазать любым кремом.



ОСНАЩЕНИЕ: контейнеры или эмалированные емкости (стеклянные) с плотно притертыми крышками, ложки мерные, вода, мерная кружка, дезинфектант, рекомендованный к применению нормативными документами.

Алгоритм приготовления рабочих растворов дезинфектантов:

1.Для приготовления дезинфицирующего рабочего раствора нужной концентрации произвести расчет соотношения дезинфектанта и воды:

- 0,1% - 1 г (мл) дезинфектанта + 1000 мл воды.
- 0,2 % - 2 г (мл) дезинфектанта + 1000 мл воды.
- 0,3 % - 3г (мл) дезинфектанта + 1000 мл воды.
- 0,5% - 5 г (мл) дезинфектанта + 995 мл воды.

- 1% - 10 г (мл) дезинфектанта + 990 мл воды
- 3% - 30 г (мл) дезинфектанта + 970 мл воды
- 5% - 50 г (мл) дезинфектанта + 950 мл воды
- 10% - 100 г (мл) дезинфектанта + 900 мл воды

2.Налить в мерную кружку необходимое количество воды.
2.Вылить в контейнер (емкость) воду в заданном количестве.
3.Насыпать рассчитанное количество дезинфектанта в граммах (налить в миллилитрах) или опустить необходимое количество таблеток в воду в контейнер:
4.Перемешать раствор.
5. Плотно закрыть крышкой.
6.Емкость промаркировать: на бирке указать название и процентную концентрацию дезраствора, дату приготовления, срок годности, подпись приготовившего.
7.Снять перчатки, вымыть и осушить руки.
8.Смазать руки защитным кремом.

Дополнительные сведения о выполнении методики

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

Медицинская услуга № 12
Дезинфекция предметов ухода за пациентом, белья и мед.инструментария

Функциональное назначение – профилактика заболеваний

Условия выполнения – амбулаторно-поликлинические, стационарные, санаторно-курортные.

ОСНАЩЕНИЕ: предметы ухода за больными, белье, медицинский инструментарий, уборочный инвентарь, ветошь, посуда, дезинфектанты («Мистраль», «Самаровка», «Звезда», спрей «Амифлайн» и др.), вода, емкости, тканевые салфетки, часы, мыло, диспенсер с одноразовым полотенцем, крем для рук.

Полное погружение в раствор дезинфектанта.

1. Предметы ухода за больными и инструменты погрузить в раствор так, чтобы слой раствора дезинфектанта над поверхностью предмета был не менее 1 см. Предварительно освободить от остатков, разобрать на составные части, раскрыть замки, заполнить каналы и полости.
2. Процентная концентрация и время экспозиции указаны в инструкции.
3. Промыть под проточной водой по инструкции.
4. Высушить. Хранить промаркированными или подвергнуть дальнейшей обработке.

Протирание ветошью, смоченной в растворе дезинфектанта.

1. Смочить ветошь в растворе дезинфектанта.
2. Процентная концентрация раствора и кратность протирания указаны в инструкции.
3. Протереть изделие медицинского назначения в одном направлении слева направо или по часовой стрелке так, чтобы каждый последующий тур захватывал предыдущий.
4. Просушить. Хранить промаркированными.

Орошение.

1. Встряхнуть аэрозольный баллон с дезинфектантом.
2. Направить на предмет струю дезинфектанта, контролируя полное смачивание всей поверхности изделия слева направо по горизонтали) с последующим постепенным перемещением вниз**.**
3. Просушить. Хранить промаркированными.

Медицинская услуга № 13
Влажная уборка помещений ЛПО

Функциональное назначение: профилактическое

Условия выполнения: амбулаторно-поликлинические, стационарные

ЦЕЛЬ:

1. Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима отделения.
2. Профилактика внутрибольничных инфекций.

ПОКАЗАНИЯ. Ежедневно не менее 2 – х раз в сутки.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. Нет.

ОСНАЩЕНИЕ: инвентарь для уборки, 2 ветоши, лотки, емкости с дезинфектантами, перчатки, маски, фартуки, кожный антисептик, салфетки, бумажное полотенце.

Алгоритм процедуры

I.Уборка палат.

1. Во время уборки открыть форточки, проветрить палату. Зимой во время уборки больных надо хорошо укрыть, голову повязать платком или полотенцем, подоткнуть одеяло под ноги. Больных, находящихся на полупостельном режиме, просят выйти из палаты.
2. Уборка палат и всех остальных помещений проводится влажным способом, т.к. в пыли содержится большое количество микробов, вызывающие различные заболевания. Утром влажная уборка производится после завтрака, чтобы к обходу врача к 9 часам было чисто.
3. Повторно влажная уборка производится перед тихим часом и перед сном.
4. Начинать влажную уборку нужно с прикроватных тумбочек. С них вытирают пыль, убирают ненужные предметы, контролируют имеющие в тумбочке продукты (скоропортящиеся должны храниться в холодильнике).
5. Затем вытирают пыль с подоконника и другой мебели.
6. Во время уборки в палате должно быть тихо.
7. Пол надо мыть от окон и стен к двери. Мусор собирают в коридоре.
8. Вопрос о проветривании обсуждают с больными.

ПРИМЕЧАНИЕ:

- Для мытья каждой палаты готовится рабочий р-р дезинфектанта.
- В инфекционной больнице 1 раз в неделю проводится генеральная уборка палат.
- Ведро и тряпку с указанной маркировкой следует использовать строго по назначению.
- Если в палате есть больной с аллергией на запах хлора, то пол следует мыть с дезинфектантом другого состава.

II.Уборка столовой и буфетной.

Столовая и буфетная, а также обеденные столы обрабатываются после каждой раздачи пищи разрешенным к применению в установленном законом порядке дезинфектантом в режиме, согласно инструкции по применению, методом протирания ветошью, смоченной раствором дезинфектанта или методом орошения. Посуда, согласно приказа № 408 после освобождения от остатков пищи замачивается в растворе дезинфектанта, обезжиривается, ополаскивается, кипятится в 2% растворе соды 15 минут, прожаривается в специальном шкафу 45 минут, хранится в специальных шкафах или стелажах накрытых марлей.

- Пищевые отходы и смывные воды дезинфицируются путем засыпания (заливания) дезинфектантом1:5. Баки с крышками для сбора пищевых отходов после освобождения обрабатываются соответствующим дезраствором, ополаскиваются и высушиваются.
- Уборочный инвентарь, ветошь, дезинфицируются с последующим промыванием и сушкой.

III.Уборка процедурного кабинета.

Уборка проводится 3 раза в день (предварительная, текущая, заключительная) с использованием раствора дезинфектанта с последующим кварцеванием не менее 30 минут, в зависимости от мощности лампы и кубатуры помещения. Генеральная уборка проводится 1 раз в неделю с раствором дезинфектанта боле сильной концентрации с последующим кварцеванием в течении 2 часов. Весь уборочный инвентарь соответственно маркируется и хранится отдельно в отведенном месте. Руки медперсонала обрабатываются в течение 2 минут кожным антисептиком, моются проточной водой с индивидуальным мылом, вытираются одноразовым бумажным полотенцем, смазываются защитным кремом.

УБОРКА ПОМЕЩЕНИЙ ПО ТИПУ ТЕКУЩЕЙ ДЕЗИНФЕКЦИИ.

ЦЕЛЬ*:* создание безопасной чистой окружающей среды для пациентов и персонала

- разрешение и сведение к минимуму большинства болезнетворных микроорганизмов на поверхности неживых предметов
- снижение риска перекрестного заражения

ПОКАЗАНИЯ: все помещения ЛПО (палаты, кабинеты, лаборатории, вспомогательные помещения), в которых могут находится пациенты и персонал.

ОСНАЩЕНИЕ: дезинфицирующие (моющие растворы, разрешенные к применению в установленном законом порядке), емкости № 1 для дезинфицирующих растворов, емкость № 2 для чистой воды, уборочный инвентарь, либо стационарная или переносная система влажно-вакуумной очистки, защитная одежда для персонала (комбинезон или халат, влагостойкий фартук, головной убор, 4-х слойная маска, перчатки из плотной резины, моющаяся обувь на низком каблуке).

Регулярность уборок: влажная уборка – 1,2 раза в день, уборка с дезинфицирующими средствами не реже 1 раза в день

Алгоритм процедуры

1. Надеть защитную одежду
2. Осмотреть помещение с целью уборки
3. Чистой ветошью, пропитанной дезинфицирующим химическим составом, применяемым в больнице, протереть поверхности подоконников, мебели, оборудования, приборов и затем пол
4. Протереть полы методом « двух ведер»
   - уборочную ветошь смочить в дезинфицирующем растворе емкости № 1 и тщательно протереть обрабатываемую поверхность
   - ветошь прополоскать в емкости № 2, отжать,
   - вновь смочить в дезинфицирующем растворе и вымыть необработанные поверхности пола
   - Дезинфицирующий раствор менять с учетом нормы расхода, а воду по мере загрязнения



   - Уборочный инвентарь после дезинфекции обеззаразить, прополоскать, высушить и хранить в специальном шкафу или выделенном месте.
5. Включить бактерицидные лампы.
6. Проветрить помещения

УБОРКА КАБИНЕТА ПО ТИПУ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ ДЕЗИНФЕКЦИИ.

ЦЕЛЬ: сведение до минимума количества болезнетворных частиц после полной уборки хирургических помещений, снижение риска перекрестного заражения.

ПОКАЗАНИЯ: помещения операционного блока, хирургических, перевязочных, процедурных и других манипуляционных кабинетов.

ОСНАЩЕНИЕ:

- дезинфицирующие (моющие) растворы, разрешенные к применению в РФ в установленном законном порядке;
- стерильная ветошь
- уборочный инвентарь, либо стационарная или переносная система влажно-вакуумной очистки;
- защитная одежда медперсонала: чистый халат, влагостойкий фартук, головной убор, маска-респиратор, защитные очки, перчатки из плотной резины, моющая обувь на плоском каблуке.

Регулярность проведения – 1 раз в 7 дней, согласно графику проведения генеральных уборок, утвержденному заведующим отделением.

Алгоритм процедуры



1. Надеть защитную одежду.
2. Осмотреть помещение с целью уборки.
3. Провести предварительную уборку помещения с применение растворов моющих средств.
4. Протирание полов провести методом «двух ведер».
5. Провести дезинфекцию: чистой ветошью, обильно смоченной дезинфицирующим химическим моющим составом, протереть поверхности подоконников, мебели, оборудования, приборов и затем пол (возможно орошение из распыляющей аппаратуры).
6. Экспозиция дезинфицирующей выдержки.
7. Протереть поверхности стерильной ветошью.
8. Включить бактерицидные облучатели с ультрафиолетовым светом (прямым или отраженным)
9. Проветрить помещение.

Уборочный инвентарь после дезинфекции обеззаразить, прополоскать, ветошь высушить и хранить в специальном шкафу или выделенном месте.

Медицинская услуга № 14
Предстерилизационная очистка изделий медицинского назначения

Функциональное назначение – профилактическое
Условия выполнения – амбулаторно-поликлинические, стационарные, санаторно-курортные.
ЦЕЛЬ: удаление белковых, жировых загрязнений, остатков микробов, лекарственных средств с изделий медицинского назначения, проникающих в стерильные ткани тела или сосудистую систему, контактирующих с раневой поверхностью, кровью или слизистыми после дезинфекции для повышения эффективности стерилизации.
ОСНАЩЕНИЕ: емкости с плотно закрывающимися крышками, водный термометр, мерные емкости или дозаторы, кипятильники;
дезинфекционные средства для предстерилизационной очистки, разрешенные к применению в РФ в установленном законном порядке, вентилируемое помещение, специально обученный младший медицинский персонал, имеющий допуск (сертификат);
защитная одежда: халат или комбинезон, шапочка, маска – респиратор. Защитные очки, влагостойкий фартук, перчатки из плотной резины, сменная обувь, часы, мыло, деспенсер с одноразовым полотенцем, крем для рук.

Режимы и способ выбираются в зависимости от клинической ситуации

1. Надеть защитную одежду.
2. Подготовить емкости с моющими комплексами, проверить температуру растворов в зависимости от режима обработки.
3. Опустить инструменты в емкости с моющим комплексом при полном погружении и закрыть крышки. Составы:
   - 5 г Биолота + 995 мл воды (40-45^{0}С)
   - 5 гр СМС (Прогресс, Лотос, Айна, Астра) + 17 мл пергидроля 33% + 978 мл воды (50-55^0 С)
   - 5 г СМС и 170 мл перекиси водорода 3% и 825 мл воды (50-55^{0}С)
2. Выдержать в соответствии с экспозицией 15 минут.
3. С помощью ватно-марлевых тампонов или ершей очистить изделие 0,5 минут каждое.
4. Промыть под проточной водой каждое изделие в зависимости от СМС: Биолот – 3 мин, Прогресс – 5 мин., Айна, Астра, Лотос – 10 мин.
5. Ополаскиваем дистиллированной водой каждое изделие 0,5 мин.

6. Сушка изделий в сухожаровом шкафу при Т 85^0С до полного исчезновения влаги.

Дополнительные сведения о выполнении методики
Технология проводится в вентилируемом помещении, специально обученным младшим медицинским персоналом, имеющим допуск (сертификат);
Загрязненные кровью инструменты при невозможности сразу провести полную обработку, погружают в раствор ингибитора коррозии 1% раствора бензоата натрия на 1 час при Т – 22^0. В случае необходимости инструменты могут находиться в растворе до 7 часов. Инструменты с наличием оксидной пленки, подвергаются очистке не более 1-2 раз в квартал. Моющий раствор можно использовать в течение суток до загрязнения. Не измененный раствор допускается подогревать до 6 раз. При использовании моющего средства «Лотос» в качестве ингибитора коррозии добавляется 0,14% раствор олеата натрия, в моющий раствор.

Медицинская услуга № 15
Контроль качества предстерилизационной очистки

А. АЗОПИРАМОВАЯ ПРОБА.
Функциональное назначение – профилактическое
Условия выполнения – амбулаторно-поликлинические, стационарные, санаторно-курортные.
ЦЕЛЬ: контроль предстерилизационной очистки инструментов на скрытую кровь и хлорсодержащие вещества
ПОКАЗАНИЯ:

- централизованная стерилизация – ежедневно
- самоконтроль на отделении – 1 раз в неделю
- центр санэпиднадзора контролирует ЛПУ – 1 раз в квартал

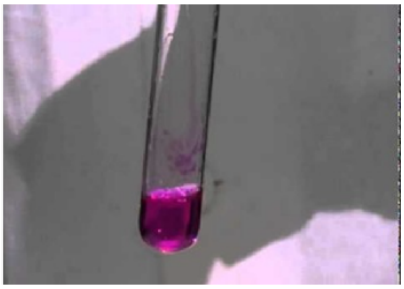
ОСНАЩЕНИЕ: 1% изделий одного наименования, но не менее 3-5 штук; исходный раствор азопирама, приготовленный аптекой; 3% перекись водорода; марлевая салфетка; стекла с мазками крови; журнал учета результатов контроля предстерилизационной очистки, спирт, мыло, диспенсер с одноразовым полотенцем.

Алгоритм технологии

1. Приготовить рабочий раствор азопирама, смешивая равные объемы (1/1) исходного раствора азопирама и 3% перекиси водорода, рабочий раствор пригоден к употреблению только в течение 1-2 часов.
2. Проверить активность рабочего контроля, капнув несколько капель на стекло с мазком крови.
3. Холодные изделия (не выше 25^0) протереть тампоном, смоченным реактивом или нанести 3-4 капли рабочего раствора пипеткой в шприц и несколько раз подвигать реактив поршнем. При более высокой температуре реактив разрушается



4. Экспозиция 0,5-1 минута. Контроль пригодности и активности рабочего контроля.
5. Раствор из шприца вытеснить на марлевую салфетку или гладкое изделие протереть марлевой салфеткой. Обеспечить проникновение рабочего раствора в места соединения.
6. Чтение пробы:
   - розово-сиреневое окрашивание появляется при наличии на изделии гемоглобина;
   - буроватое окрашивание появляется при наличии окислителей, хлорсодержащих веществ, стирального порошка, отбеливателей, ржавчины. Если изменения цвета произошли позже, чем через одну минуту, проба не засчитывается.
7. Оценка результата.
8. Независимо от результатов пробы, изделие промыть водой или спиртом для удаления токсических веществ.



9. При положительной пробе вся партия изделий подлежит повторной очистке.
10. Результат пробы записать в журнал учета.
11. Очистку проводить до появления отрицательного результата пробы.

Б. ФЕНОЛФТАЛЕИНОВАЯ ПРОБА.

ЦЕЛЬ: контроль качества предстерилизационной очистки инструментов на полноту отмывки инструментов от моющих средств. В централизованной предстерилизационной (ЦСО) – ежедневно

- Самоконтроль в отделении – 1 раз в неделю
- Центр санэпиднадзора контролирует ЛПО 1 раз в квартал.

ОСНАЩЕНИЕ: 1% изделий одного наименования, но не менее 3-5 штук; 1% раствор спиртовый фенолфталеина; марлевые салфетки; ватные тампоны; пипетки или шприц, журнал учета результатов контроля предстерилизационной очистки, спирт, мыло, деспенсер с одноразовым полотенцем.

Алгоритм технологии

1. Приготовить 1% спиртовой раствор фенолфталеина.
2. Протереть (ввести внутрь) инструмента, шприца, иглы или ватным тампоном со спиртовым раствором 1% фенолфталеина и несколько раз подвигать реактив поршнем.
3. Экспозиция – 0,5-1 минута. Если изменения цвета позже, чем через одну минуту, проба не засчитывается.
4. Раствор из шприца вытеснить на марлевую салфетку или гладкое изделие, протереть марлевой салфеткой.
5. Чтение пробы:
   - «Розовое» окрашивание – при наличии моющих средств (проба положительная);
   - Нет окрашивания – (проба отрицательная) при отсутствии моющих средств.
6. Независимо от результатов пробы изделия промывают водой или спиртом.
7. При положительной пробе вся партия изделий подлежит повторному промыванию под проточной водой.
8. Результат пробы записать в журнал.
9. Очистку проводить до появления отрицательного результата пробы

В. ПРОБА С СУДАНОМ III.

ОСНАЩЕНИЕ: 1% изделий одного наименования, но не менее 3-5 штук; судан **III**, нашатырный спирт, дистиллированная вода, марлевые салфетки; ватные тампоны; пипетки или шприц, журнал учета результатов контроля предстерилизационной очистки, спирт, мыло, деспенсер с одноразовым полотенцем.

1. Приготовить 0, 2 грамма судана **III**. нашатырный спирт, дистиллированную воду, смешивая равные объемы (1/1) исходного раствора рабочий раствор пригоден к употреблению только в течение 14 дней.
2. Холодные изделия (не выше 25^0) протереть тампоном, смоченным реактивом или нанести 3-4 капли рабочего раствора пипеткой в шприц и несколько раз подвигать реактив поршнем. При более высокой температуре реактив разрушается
3. Экспозиция 0,5-1 минута. Контроль пригодности и активности рабочего контроля.
4. Раствор из шприца вытеснить на марлевую салфетку или гладкое изделие протереть марлевой салфеткой. Обеспечить проникновение рабочего раствора в места соединения.
5. Чтение пробы:
   - Желтые пятна и подтеки на инструменте – положительная проба
6. Оценка результата.
7. Независимо от результатов пробы, изделие промыть водой или спиртом для удаления токсических веществ.
8. При положительной пробе вся партия изделий подлежит повторной очистке.
9. Результат пробы записать в журнал учета.
10. Очистку проводить до появления отрицательного результата пробы.

Медицинская услуга № 16
Техника использования стерильного бикса в процедурном кабинете

Функциональное назначение – профилактическое
Условия выполнения – амбулаторно-поликлинические, стационарные, санаторно-курортные.
ЦЕЛЬ: сохранение стерильности перевязочного материала, обеспечение асептики

ПОКАЗАНИЯ:

- инвазивные процедуры
- обработка кожи и слизистых

ОСНАЩЕНИЕ: мыло или антисептический раствор для обработки рук, стерильные перчатки, манипуляционный столик, бикс на подставке со стерильным материалом, стерильные инструменты захвата (пинцет, корнцанг) в крафт – пакете, спирт 70%, стерильный лоток, лоток (малый) нестерильный.

Алгоритм процедуры

1. Надеть халат, колпак, маску.
2. Обратить внимание на герметичность бикса, и дату стерилизации на бирке бикса.
3. Открыть фиксатор на биксе.
4. Вымыть руки гигиеническим способом.
5. Надеть стерильные перчатки.
6. Достать стерильный пинцет их крафт-пакета и положить на стерильный лоток.
7. Открыть крышку бикса, нажав на педаль подставки.
8. Стерильным пинцетом достать индикатор стерилизации и проверить соблюдение режима стерилизации.
9. Индикатор стерилизации сбросить в не стерильный лоток и сохранить до конца рабочей смены.
10. Стерильным пинцетом «раскрыть» уголки стерильной пеленки в биксе и достать нужное количество, стерильного перевязочного материала
11. Одним из углов стерильной пеленки прикрыть перевязочный материал в биксе, оставить остальные наружи.
12. Закрыть крышку бикса, отпустив педаль.
13. Положить стерильный пинцет в стерильный лоток.
14. Срок хранения стерильного материала в скрытом биксе – 2 часа.



Медицинская услуга № 17

Биомеханика тела при организации рабочего места медсестры

Перемещение тяжестей (пациентов, аппаратуры, каталок и др.) – основная причина, приводящая сестру к травме позвоночника и болям в спине.

Правильная организация труда в лечебном учреждении, в домашних условиях (у пациента) и в быту исключает перегрузки позвоночника. При физической нагрузке в движение должно вовлекаться минимальное количество сегментов позвоночника. Важно чередовать движения для различных групп мышц, включая в работу мелкие мышцы при незначительных нагрузках и крупные – при больших напряжениях.

Сопутствующие движения желательно исключить.

Запомните! Избегайте резких движений туловищем (поворотов, наклонов, разгибания, рывков).

Все движения нужно выполнять в среднем темпе, ритмично. Сестринскому персоналу довольно часто приходиться поднимать и переносить тяжести (в том числе пациента). Следует делать это рационально, с наименьшим воздействием на межпозвоночные диски: поднимать груз не наклоняя туловища вперед, а, сгибая ноги в коленях и тазобедренных суставах и, сохраняя прямое положение спины; переносить груз не на одной, а равномерно распределить его на обе руки и, прижимая к себе, или положив на плечо, сохраняя спину прямой.

Неблагоприятное влияние на межпозвоночные диски оказывают многократные повороты туловища в стороны. Поэтому вращающиеся кресла являются необходимым условием на рабочем месте, обеспечивающим предупреждение остеохондроза.

Очень важно поддерживать правильную позу во время работы, в быту и на отдыхе. Целесообразно избегать длительного пребывания в одной и той же позе, особенно с наклоном туловища вперед, учитывая опасность постурального напряжения, так как при этом почти в два раза увеличивается нагрузка на межпозвоночные диски.

В положении сидя необходимо уменьшить напряжение мышц спины. Для этого следует облокотиться на спинку стула. Стул и стол должны отвечать определенным требованиям:

- Сиденье не должно быть слишком мягким и изогнутым;
- Высота сиденья должна равняться длите голени (если ноги не достают до пола, необходимо подставить под стопы опору);
- Глубина сиденья должна быть не более 2/3 длины бедер;
- Спинка стула должна быть отклонена назад на $3\text{-}5^0$, а верхняя ее планка располагается под лопатками;
- Масса тела должна придерживаться в основном седалищными буграми;
- Высота стола должна соответствовать росту человека (крышка стола примерно локтя согнутой руки, под столом должно быть достаточно места для ног).

При длительном сидении желательно использовать дополнительную опору для поясничного отдела позвоночника (например, подушку).

Нужно питаться рационально, не полнеть, так как чрезмерная масса тела создает дополнительное давление на позвоночника, и ее удерживание требует дополнительного напряжения мышц спины.

Воздержитесь от поднятия пациентов вручную! Пользуйтесь вспомогательными средствами или подъемным устройством.

Для тех случаев, когда сестре все – таки придется поднимать тяжести или перемещать пациента вручную, специалисты сестринского дела разработали технические приемы, которые при правильном использовании относительно безопасны для сестры и удобны для пациента.

Избегайте вертикального поднятия пациента. Ищите другой, безопасный способ.

Если передвижением пациента заняты два и более человек, желательно, чтобы они были одного роста.

Если во время передвижения необходимо подставить (убрать) судно или держать дренажный мешок, поврежденную конечность, дополнительно нужен еще человек.

Обувь на высоком каблуке, с ремешками, на пластиковой подошве, растоптанная представляет опасность при перемещении. Правильное положение ног сестры при перемещении пациента очень важно для обеспечения правильной биомеханики тела и ее безопасности. Она должна встать в положение «ноги врозь», соблюдая равновесие между массой тела пациента и направлением движения. Одну ногу поставить рядом с пациентом, чтобы принять массу его тела вначале передвижения, другая нога находится в направлении движения и готова принять на себя массу тела пациента.

Если сестра поднимает пациента с пола, его тело находится между ногами сестры, присевшей на корточки вначале подъема.

Никогда не поднимайте пациента перед собой (перед коленями), так как придется делать это на вытянутых руках. Никогда не поднимайте пациента сбоку от себя, так как при этом значительно изгибается позвоночник!

Положение рук сестры.

Выбранный способ удерживания при перемещении зависит от наличия болезненных участков у пациента и того, какая помощь при перемещении будет ему оказываться.

Необходимо максимально контролировать положение тела и движения пациента.

Положение пациента. Прежде, чем поднимать (перемещать), нужно помочь ему лечь или предать удобное положение, учитывая биомеханику тела при последующем перемещении.

Положение спины и позвоночника сестры во время перемещения должны быть прямыми. Плечи, насколько это возможно, должны находиться в одной плоскости с тазом. При поднятии пациента одной рукой другая, свободная, поддерживает равновесие туловища и, следовательно, положение спины, являясь опорой для снятия нагрузки с позвоночника.

Некоторые пациенты могут оказать себе помощь в поднятии, если при участии сестры сделает несколько раскачивающих движений, для создания движущей силы. В этом случае реальная сила, затрачиваемая сестрой для подъема пациента в положении «стоя» может быть минимальной.

Имея дело даже с беспомощным пациентом, осторожное раскачивание его и сестры может дать толчок движению и облегчить процесс поднятия. Этим навыкам можно научиться, но для этого необходимо чувство ритма, согласованности движений, а также понимания и сотрудничества со стороны пациента.

Работа в бригаде. Передвижение пациента может быть успешно только при согласованности движений. К примеру, одна сестра выполняет роль лидера, отдает распоряжения, убеждается, что все участвующие в процессе и пациент готовы к движению. Она оценивает безопасность окружающей обстановки, наблюдает за выражением лица пациента при его перемещении. Самая сильная физически сестра в бригаде (независимо от должности) должна принимать на себя наиболее тяжелую часть тела – бедра и туловище пациента.

Медицинская услуга № 18
Техника пользования функциональной кроватью

Функциональное назначение – профилактическое, лечебное
Условия выполнения –стационарные

ЦЕЛЬ: Специальная конструкция позволяет создавать наиболее удобное положение больному в соответствии с назначением врача и характером заболевания.

ПОКАЗАНИЯ: Создание удобного положения больному.
ОСНАЩЕНИЕ: мыло или антисептик, кровать функциональная.

Кровать – металлическая со спинками, обтекаемой формы, окрашенная светлой краской, с упругой сеткой, удобной для вытирания, ножки снабженные колесиками. Для тяжелобольных удобна функциональная кровать, сетка которой имеет 2 или 3 подвижных секции, позволяющие в случае необходимости поднять головной или ножной конец кровати. Для тяжелобольных кровати имеют боковые сетки. Матрац должен быть толстый с упругой поверхностью, без бугров и впадин. Для больных с недержанием мочи и кала применяется матрац, состоящий из 3-х частей: средняя часть – имеет приспособления для судна; или матрац необходимо обшить клеенкой. Подушки должны быть мягкими, перовые или пуховые, средних размеров. Одеяла –0 мягкие, хлопчатобумажные или синтепоновые в зависимости от сезона. Постельное белье не должно иметь швов, узлов, заплат.

Алгоритм выполнения процедуры

1. С помощью ручек, расположенных в ножном конце кровати, изменять расположение сетки кровати, тем самым создавать удобное физиологическое положение, улучшающее функцию того или иного органа. Например, при выраженной одышке приподнимается головной конец кровати, больному придается полусидячее положение; а при резком снижении артериального давления – головной конец опускают, но приподнимают ножной конец кровати.
2. При лечении многих больных с ортопедо-травмотологическими заболеваниями использовать функциональные кровати с дополнительными приспособлениями.
3. Сделать запись о выполненной манипуляции и реакции пациента.
4. Провести мероприятия по инфекционной безопасности.

Медицинская услуга № 19
Перемещение тяжелобольного в постели

Функциональное назначение – профилактика заболеваний
Условия выполнения – амбулаторно-поликлинические, стационарные
Оснащение – функциональная кровать, оборудование для придания нужного положения (валики, подушки), простыни для переворачивания, нестерильные перчатки.

Известно около тридцати различных технических приемов, которые позволят медсестре избежать травмы при выполнении перемещения.

Алгоритм перемещения тяжелобольного в постели

I. Подготовка к процедуре.

1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличие у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру, в случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
3. Надеть перчатки
4. Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляции.

II. Выполнение процедуры.

А. Перемещение пациента к изголовью кровати на невысокой кровати (выполняют 2 человека)

1. Помочь пациенту сесть: одна медицинская сестра поддерживает пациента, другая может подложить подушку.
2. Встать с обеих сторон кровати, лицом друг к другу, близко к кровати и немного сзади пациента так, чтобы плечи были вровень со спиной пациента.
3. Положить на край кровати пеленку.
4. Встать коленом, которое ближе к пациенту, на кровать, расположив голень на пеленке вдоль края кровати и придвинуть голень как можно ближе к пациенту. Нога, стоящая на полу, является точкой опоры при поднятии пациента.
5. Подвести плечо, находящееся ближе к пациенту, в подмышечную впадину и к туловищу пациента. Кисть этой руки подводится под бедра пациента. Пациент кладет свои руки на спину медицинским сестрам. В том случае, если невозможно подвести плечо к подмышечной области пациента или пациент не может положить руку медицинской сестре на

спину, необходимо расположить руку между туловищем и плечом пациента. Кисть этой руки располагается под бедрами пациента.

6. Упереться рукой, расположенной ближе к изголовью, в кровать сзади пациента (локоть согнут). Другой рукой, расположенной под бедрами пациента, ближе к ягодицам, медицинские сестры берут друг друга за запястье.
7. Приподнять пациента, переместить его на небольшое расстояние и опустить его на постель, сгибая ногу, расположенную ближе к изголовью и руку, обеспечивающую опору. Повторять перемещение до расположения пациента в заданном месте.

Б. Перемещение пациента к изголовью кровати (выполняется одной медицинской сестрой).

1. Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.
2. Встать лицом к ножному концу кровати под углом 45^{0}, расставить ноги на ширину 30 см. Ногу, находящуюся ближе к изголовью, отставить немного назад. Согнуть ноги в коленях (руки медицинской сестры должны находиться на уровне ног пациента).
3. Переместить центр тяжести на ногу, отставленную назад.
4. Передвинуть ноги пациента по диагонали к изголовью кровати.
5. Переместиться параллельно верней части туловища пациента, согнуть ноги в коленях так, чтобы руки находились на уровне туловища пациента.
6. Подвести под шею пациента руку, находящуюся ближе к изголовью, и снизу обхватить и поддерживать ею его плечо.
7. Подвести другую руку под верхнюю часть спины пациента.
8. Передвинуть голову и верхнюю часть туловища пациента по диагонали к изголовью кровати.
9. Переходить с одной стороны кровати на другую, повторяя п.п. 2-8, пока тело пациента не достигнет в постели желаемой высоты.
10. Переместить пациента на середину постели, точно так же поочередно передвигая три части его тела.
11. Поднять голову и плечи пациента и подложить подушку.

В. Перемещение пациента к изголовью кровати с помощью простыни (выполняется одной медицинской сестрой).

1. Вытащить края простыни из-под матраса со всех сторон.
2. Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.
3. Встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см и поставить одну ногу немного впереди другой.
4. Скатать простынь около головы и плеч пациента. Попросить пациента согнуть колени (если он может это сделать) и прижать стопы к матрасу, чтобы был в состоянии помочь.
5. Взяться за скатанные края простыни с обеих сторон от головы пациента двумя руками ладонями вверх.
6. Согнуть свои ноги в коленях, чтобы спина оставалась ровной.
7. Предупредить пациента, чтобы он был готов к перемещению.
8. Предупредив пациента, отклонить корпус назад и подтянуть пациента к изголовью кровати.
9. Подложить подушку под голову пациента, расправить простыню.

Г. Перемещение пациента к краю кровати (выполняется одной медицинской сестрой, пациент может помочь).

1. Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.
2. Встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см и подставить одно ногу немного впереди другой. Согнуть в колене.
3. Попросить пациента скрестить руки на груди, обхватив себя за локти.
4. Положить одну руку под шею и плечо пациента, а вторую под верхнюю часть его спины.
5. Отклонить корпус назад и подтянуть на себя верхнюю часть его спины.

6. Поменять положение рук: одну руку положить под талию, другую – под бедра пациента.
7. Также отклонить корпус назад и потянуть на себя нижнюю часть туловища пациента.
8. Положить руки под голени и стопы пациента и придвинуть их к себе.
9. Приподнять голову пациента и подложить под нее подушку.

III. Окончание процедуры

1. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.
2. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положить предметы, часто необходимые пациенту на столик.
3. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
5. Уточнить у пациента его самочувствие.
6. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

Перемещение пациента из положения «лежа на боку» в положение «сидя с опущенными ногами» (выполняется одной сестрой)

Может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Используется при вынужденном и пассивном положении.

I. Подготовка к процедуре:

1. Объяснить пациенту ход процедуры, убедиться, что он ее понимает и получить его согласие на проведение.
2. Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.
3. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится сестра.

II. Выполнение процедуры.

1. Встать напротив пациента: левую руку подвести под плечи, правую – под колени, охватывая их сверху. Согнуть ноги в коленях. Не наклоняться!
2. Поднять пациента, опуская его ноги вниз и одновременно поворачивая его на постели в горизонтальной плоскости под углом 90^0.
3. Усадить пациента, придерживая одной рукой за плечо, а другой – за корпус.
4. Убедиться, что пациент сидит устойчиво и уверенно. Подложить упор для спины.

III. Окончание процедуры

1. Надеть пациенту тапочки, если его ноги касаются пола, или подставить под ноги скамейку, если они не касаются пола.
2. Вымыть и осушить руки.

Перемещение пациента из положения «сидя на стуле» в положение «лежа на кровати»

I. Подготовка к процедуре:

1. Объяснить пациенту ход процедуры, убедиться, что он ее понимает и получить его согласие на проведение.
2. Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.

II. Выполнение процедуры.

1. Провести удерживание пациента одним из известных вам способов.
2. Предупредить пациента, что на счет «три» вы поможете ему встать. Считая до «трех», раскачивайтесь. На счет «три» поставить пациента, затем поворачиваться с ним, нога к ноге, пока он бедрами не коснется края кровати.
3. Посадить пациента на кровать. Встать сбоку к нему лицом. Расставить ноги на ширину 30 см. Согнуть колени. Держать спину прямо!
4. Подвести руку под колени, охватить их сверху, другой рукой охватить плечи пациента.
5. Поднять ноги пациента на кровать, разворачивая его туловище на 90^0, опустить голову на подушку.

III. Окончание процедуры

1. Сделать запись о выполненной манипуляции и реакции пациента.
2. Провести мероприятия по инфекционной безопасности.

Перемещение пациента из положения «сидя на стуле» в положение лежа на кровати (выполняется одной медсестры)

Показания: перемещение пациента в том случае, если пациент может помочь.

I. Подготовка к процедуре:

1. Объяснить ход процедуры, получить согласие пациента.
2. Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.

II. Выполнение процедуры.

1. Провести удерживание пациента одним из способов.
2. Предупредить пациента, что на счет «три» вы поможете ему встать. На каждый счет слегка раскачиваясь вперед-назад, создавая инерцию. Поставив на счет «три» пациента на ноги, поворачиваться одновременно с ним, нога к ноге, пока он не почувствует края кровати задней поверхностью бедер.
3. Посадить пациента на кровать. Встать лицом к пациенту, сбоку от него, ближе к изголовью. Расставить ноги на ширину 30 см. Нога, расположенная ближе к изголовью развернута кнаружи. Согнуть ноги в коленях. Держать спину прямо!
4. Подвести одну рук под колени, охватывая их сверху, другой рукой – охватит плечи пациента.
5. Поднять ноги пациента на кровать, поворачивая его туловище при этом на кровати вокруг оси на 90^0 и опуская его голову на подушку.

III. Окончание процедуры

1. Укрыть пациента, убедиться, что он лежит комфортно.
2. Вымыть и осушить руки.



Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.

Перед выполнением процедуры убедиться в наличии необходимого инвентаря.

В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок.

Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним – двумя помощниками. Не забудьте учесть правила биомеханики и предотвратить эффект Вальсальвы, чтобы избежать травм и нарушений в работе сердца и сосудов.

Уложить пациента в одно из физиологических положений в постели, воспользовавшись для этого подушками, валиками и прокладками нужных размеров, подставками для стоп. Они необходимы для того, чтобы суставы находились в наиболее физиологичном положении для предотвращения растяжений и контрактур (шея, поясницу, суставы конечностей), предотвратить сдавливание мягких тканей под костными выступами, обеспечить опору для стоп с целью предупредить их провисание.

Медицинская услуга № 20

Транспортировка и перекладывание пациента

Функциональное назначение – транспортные

Условия выполнения – амбулаторно-поликлинические, стационарные, санаторно-курортные

ОСНАЩЕНИЕ: каталка, носилки, функциональное кресло-каталка, одеяло, подушка, простыня, клеенка с пеленкой при необходимости.

Способ транспортировки внутри учреждения определяет врач в зависимости от тяжести состояния пациента.

Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на каталке (носилках).

1.Подготовка к транспортировке:

1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить как себя вести при транспортировке (если пациент без сознания – информация предоставляется доверенному лицу пациента).
2. Сообщить в лечебное или реанимационное отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его медицинскую карту.
3. Определить готовность к транспортировке каталки, ее техническое состояние.
4. Постелить на каталку простыню, положить подушку, клеенку с пеленкой (при необходимости).

А. ***Перемещение пациента на каталку (должно осуществляться тремя медицинскими работниками):***

1. Поставить каталку ножной частью под углом к изголовью кровати или другим способом, более удобным в данной ситуации. Отрегулировать высоту каталки по высоте кровати.
2. Приподнять пациента – один медицинский работник подводит руки под голову и лопатки пациента, второй – под таз и верхнюю часть бедер, третий – под середину бедер и голени.
3. Одновременно поднять пациента, вместе с ним повернуться в сторону каталки, уложить пациента на каталку. Положить руки пациента ему на грудь или на живот.
4. Укрыть пациента одеялом.

Б. ***Осуществление транспортировки пациента на каталке*****:**

1. Встать у каталки – один медицинский работник спереди каталки, другой – сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения.
2. Тяжелобольного или находящегося в бессознательном состоянии надежно фиксируют с помощью специальных ремней или поручней. Если они отсутствуют, пациента придерживает при передвижении кто-нибудь из персонала.
3. Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за пациентом.

В. ***Осуществление транспортировки пациента на носилках:***

1. Встать у носилок – два медицинских работника спереди носилок, два – сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения.
2. Передвижение персонала при этом должно осуществляться не в ногу, а короткими шагами, слегка сгибая ноги в коленях, удерживая носилки.
3. Вниз по лестнице пациента необходимо нести ножным концом носилок вперед в горизонтальном положении. Вверх по лестнице пациента необходимо нести головным концом носилок вперед также в горизонтальном положении.
4. Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за пациентом.

III. Окончание транспортировки:

1. Поставить каталку так, как позволяет площадь палаты.
2. Снять с кровати одеяло, раскрыть пациента и доступным способом переложить его на кровать (на руках или на простыне).
3. Укрыть пациента и убедиться, что он чувствует себя комфортно (если пациент в сознании).
4. Уточнить у пациента о его самочувствии. Передать медицинскую карту дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу.

Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на функциональном кресле-каталке.

1.Подготовка к транспортировке:

1. Идентифицировать пациенту, представиться. объяснить как себя вести при транспортировке.
2. Сообщить в лечебное или реанимационное отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его медицинскую карту.
3. Определить готовность к транспортировке кресла-каталки.

II. Выполнение транспортировки:

А. ***Перемещение пациента на кресло-каталку (выполняется одной медицинской сестрой, если пациент может помочь).***

1. Поставить кресло-каталку рядом с кроватью, закрепить тормоза. По возможности опустить кровать до уровня кресла.
2. Помочь пациенту занять сидячее положение на кровати.
3. Встать напротив пациента: ноги должны быть расставлены на ширину 30 см, согнуты в коленях, одна нога выдвинута вперед.
4. Поставить ногу, которая дальше от кресла-каталки между коленями пациента коленом к нему, а другую ногу по направлению движения.
5. Прижав пациента к себе, плавно поднять его, не дергая и не поворачивая. Необходимо держать свою голову с той стороны головы пациента, где находится кресло-каталка.



6. Поставив пациента на ноги поворачиваться одновременно с ним до тех пор, пока он не займет положение спиной к креслу-каталке.
7. Опустить пациента в кресло-каталку. Для этого: согнуть колени и придерживать ими колени пациента; держать спину прямо; пациент может помочь, если положит руки на подлокотники кресла-каталки, чтобы опуститься в него.
8. Отпустить пациента только убедившись, что он надежно сидит в кресле-каталке.
9. Попросить пациента поставить ноги га подставку для ног.

Б. ***Осуществление транспортировки на кресле-каталке:***

1. Снять кресло-каталку с тормозов и транспортировать пациента.
2. Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за пациентом.

III.Окончание транспортировки на кресле-каталке:

1. Поставить кресло-каталку рядом с кроватью, закрепить тормоза.
2. Встать напротив пациента: ноги должны быть расставлены на ширину 30 см, согнуты в коленях, одна нога выдвинута вперед.
3. Прижав пациента к себе, плавно поднять его, не дергая и не поворачивая. Необходимо держать свою голову с той стороны головы пациента, где находится кровать.
4. Поставив пациента на ноги поворачиваться одновременно с ним до тех пор, пока он не почувствует край кровати задней поверхностью бедер.
5. Посадить пациента на кровать.
6. Уложить пациента, укрыть одеялом, убедиться, что он чувствует комфортно.
7. Передать медицинскую карту дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу.
8. Провести дезинфекцию использованных для транспортировки средств.

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.

В случае отсутствия каталки или невозможности ее использования пациента переносят на носилках вручную не менее 4-х человек. При появлении усталости у медицинского работника необходимо сообщить остальным участникам транспортировки, так как уставшие пальцы могут непроизвольно расслабиться.

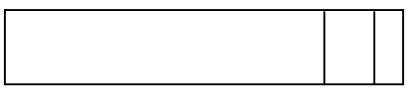
При транспортировке тяжелобольного пациента из операционной в отделение контроль за транспортировкой осуществляет медицинская сестра-анестезистка.

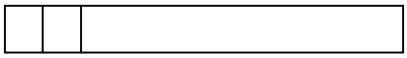
Все перемещения осуществлять с соблюдением биомеханики тела.

Достигнутые результаты и их оценка: «Удовлетворенность пациента. Отсутствие видимых ухудшений самочувствия пациента».

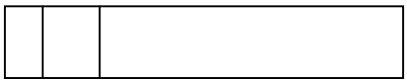
Расположение кровати по отношению к каталке (носилкам)

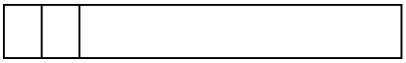
Параллельно



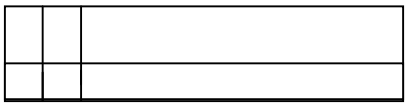


Последовательно

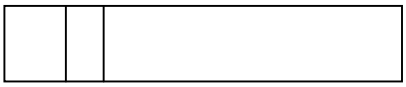


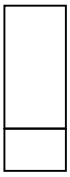


Вплотную



Под прямым углом





Перемещение пациента из положения «сидя на кровати с опущенными ногами» на стул (функциональное кресло-каталку, имеющую съемную подставку для ног) – выполняется одной сестрой; пациент может помочь.

Может использоваться при перемещении с функциональной кровати на функциональное кресло- каталку, имеющее подвижную (съемную) подставку для ног, и на стул

Показания: 1. Смена положения;
2. Транспортировка

Алгоритм процедуры

I Подготовка к процедуре.

1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие.
2. Оценить состояние пациента и окружающую обстановку.
3. Закрепить тормоза кровати. Поставить стул (кресло-каталку) рядом с кроватью. По возможности, опустить кровать до уровня стула. У кресла-каталки отодвинуть подставку для ног, закрепить тормоза.

II. Выполнение процедуры.

4. Использовать один из способов удерживания пациента.
5. Держать свою голову с той стороны головы пациента, где находится кресло-каталка (стул). Не давить пациенту подмышки.
6. Предупредить пациента, что на счет «три» вы поможете ему встать. На каждый счет слегка раскачивайтесь вперед-назад, создавая инерцию. Поставив на счет «три» пациента на ноги, поворачиваться одновременно с ним до тех пор, пока он не займет положение спиной к креслу-каталке (стулу).
7. Попросить пациента предупредить вас, когда он почувствует край кресла-каталки (стула) задней поверхностью бедер.
8. Опустить пациента в кресло-каталку (стул). Для этого: согнуть колени и придерживать ими колени пациента; держать спину прямо; пациент может помочь, если положит руки на ручки кресла-каталки (на край стула), чтобы опуститься в него.
9. Усадить пациента в кресле (на стуле), комфортно.
10. Снять тормоз и транспортировать пациента.

III. Окончание процедуры

11. Вымыть и осушить руки.

Алгоритм перемещения пациента с обычной кровати на каталку (и наоборот) (выполняется тремя лицами)

I Подготовка к процедуре.

1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие (если это возможно).
2. Расположить каталку под углом не менее 60^0 к ножному концу кровати.
3. Закрепить тормоза кровати.

II. Выполнение процедуры.

1. Встать лицом к пациенту вдоль кровати: самая сильная (в физическом смысле) сестра становится в центре.
2. Выставить одну ногу вперед, согнуть ее в колене. Другую ногу отставить назад.
3. Подложить руки до локтя под пациента:
   - сестра, стоящая у его изголовья, поднимает его голову и поддерживает за плечи и верхний отдел спины;
   - сестра, стоящая в центре, поддерживает нижний отдел спины и ягодицы;
   - сестра, стоящая у ножного конца кровати, поддерживает бедра и голени.

Примечание: Если пациент очень тяжелый, может понадобиться больше людей и придется перераспределять нагрузку.

7. Начать поднятие пациента:
   - по команде лидера на счет «три» перенести массу своего тела с ноги, выставленной вперед, на ногу, отставленную назад, плавно подтянуть пациента на край кровати;
   - сделать паузу;
   - на счет «три» перекатить пациента на себя, прижать его к себе и поднять, разогнув ноги в коленях и выпрямив спину (не держать пациента на вытянутых руках!)
8. Двигаться назад, чтобы развернуться лицом к каталке:
   - сестра, удерживающая ноги пациента, делает более широкие шаги, чтобы оказаться у ножного конца каталки;
   - сестра, удерживающая голову, плечи и спину пациента, делает нешироке шаги, разворачиваясь лицом к каталке.
9. Двигаться вперед (к каталке):
   - сестра, удерживающая голову, плечи и спину пациента, делает более широкие шаги;
   - сестра, удерживающая ноги делает нешироке шаги
10. На счет «три» согнуть колени и осторожно опустить пациента на каталку.

III. Окончание процедуры

1. Вымыть и осушить руки по окончании процедуры.
2. Убедиться, что пациент лежит удобно, уточнить о его самочувствии.

Дополнительная информация:

Пациент после хирургической операции может оставаться какое-то время в состоянии наркоза или, будучи в сознании, испытывать боль. Начиная перемещение на каталку (кровать), нужно знать, в какой области тела ему была произведена операция, а также о других ограничениях, которые следует учитывать при перемещении (капельница, катетеры, т.д.). Во время перемещения попросите посетителей, если они пришли навестить пациента, временно выйти из палаты. При необходимости придерживать капельницу, дренажные трубки и другие приспособления попросите еще кого-нибудь помочь вам.