Оглавление

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Перемещение тяжелобольного в постели» 3](#_Toc514068829)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному» 6](#_Toc514068830)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Приготовление и смена белья тяжелобольному» 8](#_Toc514068831)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Размещение тяжелобольного в постели» 10](#_Toc514068832)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером» 15](#_Toc514068833)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии» 17](#_Toc514068834)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка горчичников» 20](#_Toc514068835)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Применения пузыря со льдом» 23](#_Toc514068836)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Промывание желудка» 25](#_Toc514068837)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Взятие крови из периферической вены» 27](#_Toc514068838)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Компресс на кожу» 28](#_Toc514068839)

[Технология выполнения простой медицинской услуги « Внутривенное введение лекарственных средств (капельно с помощью системы для вливания инфузионных растворов). 29](#_Toc514068840)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Введение капель в наружный слуховой ход» 32](#_Toc514068841)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Катетеризация мочевого пузыря мягким катетером женщине» 34](#_Toc514068842)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Закапывание капель в нос». 36](#_Toc514068843)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Закапывание лекарственных средств в глаза». 37](#_Toc514068844)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка очистительной клизмы» 38](#_Toc514068845)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за постоянным мочевым катетером» 40](#_Toc514068846)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за внешним мочевым катетером» 42](#_Toc514068847)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного» 43](#_Toc514068848)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Взятие крови из периферической вены» 45](#_Toc514068849)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Внутрикожное введение лекарственных средств» 52](#_Toc514068850)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Гигиеническая обработка рук» 54](#_Toc514068851)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при рвоте» 55](#_Toc514068852)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Закладывание мази за веко» 57](#_Toc514068853)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Расчет дозы и разведение антибиотика» 58](#_Toc514068854)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Катетеризация мочевого пузыря мужчины мягким катетером» 60](#_Toc514068855)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за центральными и периферическими катетерами» 62](#_Toc514068856)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Введение лекарственных средств с помощью клизмы» 64](#_Toc514068857)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Введение кислорода через пеногаситель» 66](#_Toc514068858)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Внутривенное введение лекарственного препарата (струйно)» 67](#_Toc514068859)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Взятие мазка из зева» 69](#_Toc514068860)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Внутримышечное введение лекарственного препарата» 70](#_Toc514068861)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Измерение артериального давления на периферических артериях» 72](#_Toc514068862)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Введение лекарственного препарата с помощью карманного ингалятора» 73](#_Toc514068863)

[Надеть перчатки. 73](#_Toc514068864)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Измерение окружности грудной клетки взрослого пациента» 74](#_Toc514068865)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Определение уровня глюкозы в крови экспресс-методом» 75](#_Toc514068866)

[Технология выполнения простой медицинской услуги «Подкожное введение лекарственного препарата» 77](#_Toc514068867)

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Перемещение тяжелобольного в постели»

|  |  |
| --- | --- |
| **Содержание требования, условия** | **Требования по реализации, алгоритм выполнения** |
| Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала Требования по безопасности труда при выполнении услуги | Если пациент весит более 80-100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним – двумя помощниками.  Желательно наличие приспособлений для подъема пациента.  До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.  Использование перчаток во время процедуры |
| Условия выполнения простой медицинской услуги | Стационарные  Амбулаторно-поликлинические |
| Функциональное назначение простой медицинской услуги | Профилактика заболеваний. |
| Материальные ресурсы  Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения | Функциональная кровать.  Оборудование для придания нужного положения (валики, подушки).  Простыни для переворачивания.  Нестерильные перчатки. |
| Алгоритм перемещения тяжелобольного в постели | I. Подготовка к процедуре:   1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Надеть перчатки. 4. Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.   II.Выполнение процедуры:  а) Перемещение пациента к изголовью кровати на невысокой кровати (выполняют два человека)   1. Помочь пациенту сесть: одна медицинская сестра поддерживает пациента, другая – может подложить подушку. 2. Встать с обеих сторон кровати, лицом друг к другу, близко к кровати и немного сзади пациента так, чтобы плечи были вровень со спиной пациента. 3. Положить на край кровати пеленку. 4. Встать коленом, которое ближе к пациенту, на кровать, расположив голень на пеленке вдоль края кровати и придвинув голень как можно ближе к пациенту. Нога, стоящая на полу, является точкой опоры при поднятии пациента. 5. Подвести плечо, находящееся ближе к пациенту, в подмышечную впадину и к туловищу пациента. Кисть этой руки подводится под бедра пациента. Пациент кладет свои руки на спину медицинским сестрам. В том случае, если невозможно подвести плечо к подмышечной области пациента или пациент не может положить руку медицинской сестре на спину, необходимо расположить руку между туловищем и плечом пациента. Кисть этой руки располагается под бедрами пациента. 6. Упереться рукой, расположенной ближе к изголовью, в кровать сзади пациента (локоть согнут). Другой рукой, расположенной под бедрами пациента, ближе к ягодицам, медицинские сестры берут друг друга за запястье.   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. |
| Алгоритм перемещения тяжелобольного в постели | б) **Перемещение пациента к изголовью кровати (выполняется одной медицинской сестрой)**  1) Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально. 2) Встать лицом к ножному концу кровати под углом 45°. Расставить ноги на ширину 30 см. Ногу, находящуюся ближе к изголовью, отставить немного назад. Согнуть ноги в коленях (руки медицинской сестры должны находиться на уровне ног пациента).   1. Переместить центр тяжести на ногу, отставленную назад. 2. Передвинуть ноги пациента по диагонали к изголовью кровати. 3. Переместиться параллельно верхней части туловища пациента, согнуть ноги в коленях так, чтобы руки находись на уровне туловища пациента. 6) Подвести под шею пациента руку, находящуюся ближе к изголовью, и снизу обхватить и поддерживать ею его плечо. 4. Подвести другую руку под верхнюю часть спины пациента. 5. Передвинуть голову и верхнюю часть туловища пациента по диагонали к изголовью кровати. 9) Переходить с одной стороны кровати на другую, повторяя действия, пока тело пациента не достигнет в постели желаемой высоты. 6. Переместить пациента на середину постели, точно так же поочередно передвигая три части его тела.   11)Поднять голову и плечи пациента и подложить подушку. |
| Алгоритм перемещения тяжелобольного в постели | **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. 3. Скатать простыню около головы и плеч пациента. Попросить пациента согнуть колени (если он может это сделать) и прижать стопы к матрасу, чтобы быть в состоянии помочь. 4. Взяться за скатанные края простыни с обеих сторон от головы пациента двумя руками ладонями вверх. 5. Согнуть свои ноги в коленях, чтобы спина оставалась ровной. 6. Предупредить пациента, чтобы он был готов к перемещению. 7. Предупредив пациента, отклонить корпус назад и подтянуть пациента к изголовью кровати. 8. Положить подушку под голову пациента, расправить простыню.   **г)** **Перемещение пациента к краю кровати (выполняется одной медицинской сестрой, пациент может помочь)**  1) Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально. 2) Встать у изголовья кровати расставив ноги на ширину 30 см и поставить одну ногу немного впереди другой. Согнуть колени.   1. Попросить пациента скрестить руки на груди, обхватив себя за локти. 2. Подложить одну руку под шею и плечи пациента, а вторую – под верхнюю часть его спины. 3. Отклонить корпус назад и подтянуть на себя верхнюю часть его спины. 4. Поменять положение рук: одну руку подложить под талию, другую – под бедра пациента. 5. Также отклонить корпус назад и потянуть на себя нижнюю часть туловища пациента. 6. Подложить руки под голени и стопы пациента и придвинуть их к себе.   Приподнять голову пациента и подложить под нее подушку.  **III. Окончание процедуры:**   1. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати. 2. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик. 3. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Уточнить у пациента его самочувствие.   Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации |
| Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики | В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок.  Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним – двумя помощниками.  При перемещении пациента соблюдать биомеханику тела |
| Достигаемые результаты и их оценка | У пациента отсутствуют признаки физических травм, таких, как свежие синяки, ссадины и повреждения костной системы после перемещения |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному»

|  |  |
| --- | --- |
| **Содержание требования, условия** | **Требования по реализации, алгоритм выполнения** |
| Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала  Требования по безопасности труда при выполнении услуги | До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.  Использование перчаток во время процедуры.  При выполнении данной услуги может использоваться помощник из числа медицинских работников или родственников пациента |
| Условия выполнения простой медицинской услуги | Стационарные |
| Функциональное назначение простой медицинской услуги | Профилактика заболеваний |
| Материальные ресурсы Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения | Перчатки нестерильные.  Комплект чистого нательного белья.  Комплект чистой одежды для пациента.  Непромокаемый мешок для грязного белья.  Клеенчатый фартук |
| Алгоритм смены белья и одежды тяжелобольному | **I Подготовка к процедуре:**   1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры, получить его согласие. 2. Приготовить комплект чистого нательного белья и одежды. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Надеть перчатки.   **II Выполнение процедуры:**   1. Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента. При необходимости – установить ширму. 2. Помочь пациенту сесть на край кровати.   Помочь пациенту снять рубашку (платье). Если одна руки повреждена или производится инфузия, надо начать с другой руки. Осторожно проносить рукав над поврежденной рукой (иглой, катетером). При внутривенном вливании флакон с раствором снимается со штатива и проносится через рукав.   1. Помочь пациенту снять нижнее белье. 2. Укрыть пациента простыней. 3. Помочь пациенту надеть чистую рубашку (ночную рубашку, пижамную куртку) сначала на поврежденную конечность. 4. Помочь пациенту снять носки. 5. Помочь пациенту лечь в постель, поправить простыню. 6. Помочь пациенту снять брюки, нижнее белье. 10) Помочь пациенту надеть чистое белье, носки и брюки.   **III Окончание процедуры:**   1. Удобно расположить пациента в постели, накрыть одеялом 2. Поместить грязную одежду в мешок для грязного белья. 3. Протереть стул или тумбочку, где располагалось грязное белье и одежда, влажной ветошью. 4) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Уточнить у пациента его самочувствие.   Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию |
| Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики | В ходе смены нательного белья и одежды не стоит обнажать пациента (нужно прикрывать его простыней). Следует обеспечивать его безопасность (страховка от падения). Необходимо поощрять пациента активно участвовать в процедуре, разговаривать с ним (поддержание личного достоинства, восполнение потребности в общении).  Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним – двумя помощниками. При этом один помощник осторожно поднимает голову и плечи пациента, а медицинская сестра одна или со вторым помощником снимает рубашку через голову, затем с рук пациента и надевает ему чистую рубашку в обратном порядке |
| Достигаемые результаты и их оценка | Пациент одет в чистое белье |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Приготовление и смена белья тяжелобольному»

|  |  |
| --- | --- |
| **Содержание требования, условия** | **Требования по реализации, алгоритм выполнения** |
| Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала  Требования по безопасности труда при выполнении услуги | До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.  Использование перчаток во время процедуры.  При выполнении данной услуги может использоваться помощник из числа медицинского персонала или родственников пациента |
| Условия выполнения простой медицинской услуги | Стационарные  Амбулаторно-поликлинические |
| Функциональное назначение простой медицинской услуги | Профилактика заболеваний |
| Материальные ресурсы Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения | Комплект чистого белья.  Мешок для грязного белья.  Пеленка.  Перчатки нестерильные |
| Алгоритм подготовки и смены постельного белья тяжелобольному | **I** **Подготовка к процедуре:**   1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры, получить его согласие. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Приготовить комплект чистого белья (простыни, наволочка, пододеяльник), убедиться, что в кровати нет личных вещей больного. 4. Надеть перчатки.   II Выполнение процедуры:   1. Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента. 2. Осторожно вынуть подушку из-под головы пациента и сменить наволочку. Грязную наволочку поместить в мешок для белья. Снять пододеяльник, убрать одеяло и накрыть пациента пододеяльником на время смены белья. 3. Повернуть пациента на бок по направлению к себе. 4. Скатать валиком грязную простыню, подложить этот валик под спину пациенту. Если белье сильно загрязнено, положить на валик пеленку. 6) Положить сложенную вдвое чистую простыню на свободную сторону постели, заправить ее под матрас с противоположной от больного стороны. 7) Помочь пациенту перекатиться через валик на чистую сторону. 5. Скатать грязную простыню и положить ее в мешок для белья. 6. Расправить чистую простыню и заправить ее под матрас с другой стороны постели. 7. Надеть чистый пододеяльник на одеяло. Накрыть пациента одеялом, извлекая грязный пододеяльник, которым он был укрыт. 8. Поместить грязный пододеяльник в мешок для белья.   III Окончание процедуры:   1. Удобно расположить пациента в постели.   Осторожно поместить подушку обратно.   1. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Уточнить у пациента его самочувствие.   Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию |
| Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики | В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок.  Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним-двумя помощниками. При этом головной конец и таз пациента держатся «на весу» и грязная простыня скатывается под ним сверху вниз |
| Достигаемые результаты и их оценка | Пациент лежит на чистом белье |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Размещение тяжелобольного в постели»

|  |  |
| --- | --- |
| **Содержание требования, условия** | **Требования по реализации, алгоритм выполнения** |
| Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала  Требования по безопасности труда при выполнении услуги | Если пациент весит более 80-100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним – двумя помощниками.  Желательно наличие приспособлений для подъема пациента.  До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.  Использование перчаток во время процедуры |
| Функциональное назначение простой медицинской услуги | Профилактика заболеваний |
| Условия выполнения простой медицинской услуги | Стационарные.  Амбулаторно-поликлинические |
| Материальные ресурсы Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения | Вспомогательные устройства, необходимые для пациента.  Подушка для головы и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели |
| Алгоритм размещения тяжелобольного в постели | **I Подготовка к процедуре:**   1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Надеть перчатки. 4. Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.   **II. Выполнение процедуры:**  а) Размещение пациента лежа на спине (выполняется одним медицинским работником)   1. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати. 2. Придать пациенту правильное положение: положить подушку под голову (или поправить оставшуюся), расположить руки вдоль туловища ладонями вниз, расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами. 3. Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею. 4. Подложить под поясницу небольшое, свернутое валиком полотенце. 5. Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль наружной поверхности бедер, начиная от области большого вертела бедренной кости. 6. Подложить небольшую подушку или валик под голень в области ее нижней трети. 7. Обеспечить упор для поддерживания стоп под углом 90°. 8. Положить под предплечья небольшие подушки.   **б) Размещение пациента с гемиплегией в положении на спине (выполняется одним медицинским работником)**  Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит   1. посередине кровати. 2. Под парализованное плечо положить сложенное полотенце или подушку.   Отодвинуть парализованную руку от туловища,  разогнув ее в локте и повернув ладонью вверх. Вместо этого можно также отвести парализованную руку от туловища, поднять ее, согнув в локте и положив кисть ближе к изголовью кровати.   1. Расслабленной кисти придать обычное положение: кисть слегка разогнута ладонью вниз, ее свод сохраняется, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половинку разрезанного пополам резинового мячика. 2. Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть расположена ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно. 3. Под парализованное бедро положить небольшую подушку. 4. Согнуть колено парализованной конечности под углом 30° и положить его на подушку. 8) Обеспечить упор для стоп под углом 90°.   в) Размещение пациента в положении Фаулера (выполняется одним медицинским работником) 1) Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати, убрать подушки.   1. Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить три подушки): человек, прямо сидящий на кровати, находится в положении Фаулера. 2. Подложить подушки или сложенное одеяло под голени пациента. 3. Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье).   5)Подложить под предплечья и кисти подушку (если пациент не может самостоятельно двигать руками). Предплечья и запястья должны быть при подняты и расположены ладонями вниз. 6) Подложить пациенту под поясницу подушку. 7) Подложить небольшую подушку или валик под колени пациента.   1. Подложить небольшую подушку пациенту под пятки. 2. Обеспечить упор для стоп под углом 90°.   **г) Размещение пациента с гемиплегией в положении Фаулера**   1. Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить три подушки). 2. Усадить пациента как можно выше. Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье). 3. Слегка приподнять вверх подбородок пациента. 4. На прикроватном столике перед пациентом обеспечить опору для парализованной кисти и предплечья; отодвинуть плечо пациента от его тела и подложить под локоть подушку. 5. Расслабленной кисти придать обычное положение: кисть слегка разогнута ладонью вниз, ее свод сохраняется, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половинку разрезанного пополам резинового мячика. 6. Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть расположена ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно. 7. Согнуть пациенту ноги в коленях и бедрах, подложив под колени подушку или сложенное - одеяло. 8. Обеспечить упор для стоп под углом 90°.   **д) Размещение пациента в положении на боку (выполняется одним медицинским работником, па-циент может помочь)**   1. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально. 2. Передвинуть пациента ближе к одному краю, противоположному стороне поворота. 3. Сказать пациенту, что он может помочь, если скрестит руки на груди. Если пациента переворачивают на правый бок: он должен положить левую ногу на правую. Или согнуть левую ногу пациента: одна рука охватывает нижнюю треть голени, другая – в подколенной впадине; левая стопа при этом должна оказаться в подколенной ямке. 4. Встать с той стороны кровати, куда будут поворачивать пациента. Положить протектор на кровать рядом с ним. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене и поставить ее на протектор. Вторая нога является опорой. 5. Положить одну руку на плечо, которое находится дальше от медицинской сестры, вторую руку – на дальнее бедро, т.е. если пациент будет поворачиваться на правый бок по направлению к медицинской сестре, положить левую руку на его левое плечо, а правую – на его левое бедро. 6. Повернуть пациента на бок, перенеся свой вес на ногу, стоящую на полу. 7. Подложить подушку под голову и шею пациента. Выдвинуть вперед «нижнее» плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке.   Придать обеим рукам пациента слегка согнутое положение. Рука, находящаяся сверху  9) Подложить пациенту под спину сложенную подушку (подушку сложить по длине и слегка подсунуть ее ровной поверхностью под спину пациента). 10) Под согнутую «верхнюю» ногу пациента, лежащую немного впереди нижней, поместить подушку (от паховой области до стопы).  11) Поместить мешок с песком у подошвы «нижней» ноги. Расправить подкладную пеленку.  е) Размещение пациента в положении лежа на животе (выполняется одним или двумя медицинскими работниками, пациент не может помочь) 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.   1. Аккуратно приподнять голову пациента, убрать обычную и положить маленькую подушку. 2. Переместить пациента к краю кровати. 3. Разогнуть руку пациента в локтевом суставе, прижать ее к туловищу по всей длине, подложив кисть под бедро, или поднять ее вверх и вытянуть ее вдоль головы. 4. Перейти на другую сторону кровати. 5. Встать коленом на кровать. Подложить свернутое одеяло или небольшую подушку под верхнюю часть живота пациента. Положить руку на дальнее от медицинской сестры плечо пациента, а другую руку – на дальнее бедро. 6. Перевернуть пациента на живот, в сторону медицинской сестры. Голова пациента должна быть повернута набок.   Подложить подушку под голени, чтобы пальцы не касались постели. 9) Согнуть руку, к которой обращена голова пациента, в локтевом суставе под углом 90°, другую руку вытянуть вдоль туловища.  10) Подложить подушки под локти, предплечья и кисти.  11) Положить небольшие валики рядом со стопами (с наружной стороны).  12) Расправить простыню и подкладную пеленку.  ж) Размещение пациента с гемиплегией в положении на животе (выполняется одним или двумя медицинскими работниками, пациент не может помочь)  1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение.  2) Передвинуть пациента к краю кровати в направлении непарализованной стороны тела.  3) Перейти на другую сторону. Поставить колено на край кровати и повернуть пациента на бок (на непарализованную боковую поверхность тела).  4) Поместить подушку под живот пациента. 5) Выпрямить локоть парализованной руки, прижать ее по всей длине к туловищу и подсунуть кисть под бедро или поднять вверх параллельно туловищу.  6) Осторожно повернуть пациента через парализованную руку на живот.  7) Повернуть голову пациента набок (в сторону парализованной половины тела).  8) Согнутую в локте руку отвести в сторону кистью к изголовью кровати; пальцы руки по возможности разогнуть.  9) Слегка согнуть оба колена пациента и подло- жить подушку под обе ноги (от колен до лодыжек). 10) С помощью достаточно высокой подушки приподнять пальцы стоп над матрасом, так чтобы угол между стопой и голенью составлял 90°.  и) Размещение пациента в положении Симса (положение, промежуточное между положением на животе и на боку)  1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение.  2) Положить пациента на спину.  3) Переместить пациента к краю кровати.  4) Переместить пациента в положение лежа на боку и частично на животе.  5) Положить подушку под голову пациента. 6) Под согнутую, находящуюся сверху руку поместить подушку на уровне плеча. Другую руку пациента положить на простыню.  7) Под согнутую «верхнюю» ногу подложить подушку, так чтобы нога оказалась на уровне бедра.  8) У подошвы ноги положить мешок с песком.  **III. Окончание процедуры:**  1) Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.  2) Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик.  3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить  5) Уточнить у пациента его состояние.  6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации – |
| Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики | При смене положения пациента необходимо руководствоваться следующими правилами:  Убедиться, что все оборудование, капельницы и трубки, присоединенные к пациенту, надежно закреплены, так что они не будут смещены при его перемещении.  Отсоединить дренирующие трубки, если это необходимо, и снова их присоединить после придания пациенту необходимой позы.  Убедиться в наличии помощника при обращении с конечностями, зафиксированными жесткими стабилизаторами (например, гипс, вытяжение) и с тяжелым оборудованием, которое необходимо перемещать вместе с пациентом (например, аппарат для вытяжения).  Поддерживать необходимое приподнятое положение головы для пациентов, подверженных диспноэ в горизонтальном положении; отводить краткие периоды для отдыха по необходимости во время процедуры.  Использовать подушки, валики и специальные устройства для поддержания необходимой позы, положения конечностей, предотвращения чрезмерного давления на уязвимые поверхности кожи.  Убедиться, что лицо пациента не прижато к постели или подушкам во время поворачивания и что положение тела не мешает полному расширению диафрагмы.  Использовать правильные принципы механики человеческого организма.  При перемещении пациента соблюдать биомеханику тела |
| Достигаемые результаты и их оценка | Кожа пациента теплая, сухая.  Повреждения и изменения цвета в точках давления отсутствуют.  Пациент чувствует себя комфортно |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером»

|  |  |
| --- | --- |
| Содержание требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения |
| Условия выполнения простой медицинской услуги | Стационарные |
| Функциональное назначение простой медицинской услуги | Лечение заболеваний  Профилактика заболеваний |
| Материальные ресурсы  Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения  Лекарственные средства  Прочий расходуемый материал | Шприц на 150 мл (шприц Жане).  Фонендоскоп.  Вакуумный отсасыватель.  Лоток.  Зонд назогастральный.  Глицерин.  Физиологический раствор или специальный раствор для промывания.  Нестерильные перчатки.  Стерильные марлевые салфетки.  Емкость для промывания катетера.  Пластырь.  Шпатель |
| Алгоритм ухода за назогостральным зондом, носовыми канюлями и катетером | **I Подготовка к процедуре:**   1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от зонда (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Надеть перчатки.   **II Выполнение процедуры:**   1. Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления. 2. Проверить месторасположение зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке. 3) Подсоединить шприц с 10-20 куб. см (10 куб. см для детей) воздуха к назогастральному зонду и ввести воздух, одновременно выслушивая звуки в области эпигастрия при помощи стетоскопа (булькающие звуки). 3. Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом (исключение – манипуляции, связанные с оксигенотерапией. 4. Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы. 5. Каждые 3 ч (по назначению врача) промывать зонд 20-30 мл физиологического раствора. Для этого подсоединить шприц, наполненный физиологическим раствором, к зонду, медленно и аккуратно ввести жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию жидкости, обратить внимание на ее внешний вид и вылить в отдельную жидкость.   **III Окончание процедуры:**   1. Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен. 2. Продезинфицировать и утилизировать использованные материалы. Обработать мембрану фонендоскопа дезинфектантом или антисептиком. 3) Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции   4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.   1. Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании).   Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации |
| Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики | Промывание зонда нужно проводить с приподнятым головным концом |
| Достигаемые результаты и их оценка | Отсутствие видимых изменений (раздражений) со стороны слизистых оболочек носа.  Проходимость зонда |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии»

|  |  |
| --- | --- |
| **Содержание требования, условия** | **Требования по реализации, алгоритм выполнения** |
| Условия выполнения простой медицинской услуги | Стационарные |
| Функциональное назначение простой медицинской услуги | Лечение заболеваний  Профилактика заболеваний |
| Материальные ресурсы  Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения | Лоток.  Корнцанг.  Пинцет.  Вакуумный электроотсос.  Антисептический раствор для обработки полости рта пациента.  Стерильный глицерин.  Вазелин или масляный раствор витамина Е.  Чистое полотенце.  Тампоны для обработки полости рта.  Стерильные марлевые салфетки.  Шпатель.  Перчатки нестерильные.  Одноразовая зубная щетка  Лоток.  Корнцанг.  Пинцет.  Вакуумный электроотсос.  Отсутствуют. Отсутствуют.  Отсутствуют.  Антисептический раствор для обработки полости рта пациента.  Стерильный глицерин.  Вазелин или масляный раствор витамина Е.  Чистое полотенце.  Тампоны для обработки полости рта.  Стерильные марлевые салфетки.  Шпатель.  Перчатки нестерильные.  Одноразовая зубная щетка |
| Алгоритм ухода за полостью рта | **I. Подготовка к процедуре:**   1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Подготовить все необходимое оборудование. 4. Расположить пациента в одном из следующих положений.   5) На спине под углом более 45°, если это не противопоказано, или   1. Лежа на боку, или 2. Лежа на животе (или спине), повернув голову вбок. 3. Надеть перчатки. 4. Обернуть полотенце вокруг шеи пациента.   **II Выполнение процедуры:**   1. Приготовить мягкую зубную щетку (без зубной пасты) для чистки зубов. Смочить ее в приготовленном антисептическом растворе. При отсутствии зубной щетки можно использовать марлевую салфетку, закрепленную на зажиме или пинцете. 2. Произвести чистку зубов, начиная с задних зубов, и последовательно вычистить внутреннюю, верхнюю и наружную поверхность зубов, выполняя движения вверх-вниз в направлении от задних к передним зубам. Повторить те же действия с другой стороны рта. Процедура повторяется не менее двух раз. Использовать шпатель для обнажения зубов. 3. Сухими тампонами промокнуть ротовую полость пациента для удаления остатков жидкости и выделений из полости рта. 4. Попросить больного высунуть язык. Если он не может этого сделать, то необходимо обернуть язык стерильной марлевой салфеткой и левой рукой осторожно вытянуть его изо рта. 5. Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть язык, снимая налет, в направлении от корня языка к его кончику. Отпустить язык, сменить салфетку. 6) Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть внутреннюю поверхность щек, пространство под языком, десны пациента. 6. При сухости языка смазать его стерильным глицерином. 7. Обработать последовательно верхнюю и нижнюю губы тонким слоем вазелина (для профилактики трещин на губах).   **III Завершение процедуры:**  1)Убрать полотенце. Разместить пациента в удобном  2) Собрать принадлежности по уходу и доставить в специальную комнату для дальнейшей обработки. 3) Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции.   1. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 2. Уточнить у пациента о его самочувствии.   6)Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации |
| Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики | При сухости во рту или галитозе (неприятный запах) рот следует промывать 15-30 мл стандартного состава для полоскания рта (на 1 л воды одна чайная ложка пищевой соды, одна чайная ложка соли, мятная вода для запаха) через каждые 2-4 ч. |
| Достигаемые результаты и их оценка | Отсутствие у пациента скопления секрета в полости рта.  Отсутствие патологических изменений слизистых полости рта |

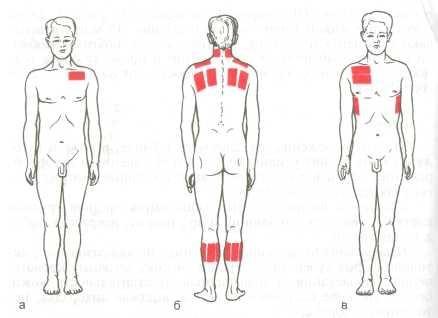
# Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка горчичников»

|  |  |
| --- | --- |
| **Содержание требования, условия** | **Требования по реализации, алгоритм выполнения** |
| Условия выполнения простой медицинской услуги | Амбулаторно-поликлинические  Стационарные  Санаторно-курортные |
| Функциональное назначение простой медицинской услуги | Лечение заболеваний  Профилактика заболеваний |
| Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения | Горчичники.  Лоток для использованного материала.  Непромокаемый мешок или контейнер для утилизации отходов класса Б.  Дезинфицирующее средство.  Пеленка.  Часы.  Салфетка.  Емкость для воды.  Водный термометр.  Нестерильные перчатки |
| Алгоритм постановки горчичников | **I. Подготовка к процедуре:**   1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Уточнить отсутствие аллергии на горчицу. В случае наличия аллергии и отсутствия согласия на процедуру - уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Надеть перчатки. 4. Осмотреть кожу пациента на предмет повреждений, гнойничков, сыпи – для определения показаний к проведению процедуры.   Проверить пригодность горчичников: горчица не должна осыпаться с бумаги и иметь специфический (резкий) запах. При использовании горчичников, сделанных по другим технологиям (например, пакетированная горчица) проверить срок годности. 6) Подготовить оснащение. Налить в лоток горячую (40° - 45°) воду.  7) Помочь пациенту лечь на живот (при постановке горчичников на спину) и принять удобную позу, голова пациента должна быть повернута на бок  **II. Выполнение процедуры:**   1. Погрузить горчичник в горячую воду, дать ей стечь. 2. Плотно приложить горчичник к коже стороной, покрытой горчицей.   П р и м е ч а н и е – Области наложение горчичников представлены в приложении А, Рисунок А.1. 3) Повторить действия, размещая нужное количество горчичников на коже.  4) Укрыть пациента пеленкой, затем одеялом. 5) Уточнить ощущения пациента и степень гиперемии через 3-5 мин.  6) Оставить горчичники на 10-15 мин, учитывая индивидуальную чувствительность пациента к горчице.  **III. Окончание процедуры:**   1. При появлении стойкой гиперемии (через 10-15 мин) снять горчичники и положить их в приготовленный лоток для использованных материалов с последующей их утилизацией. 2. Смочить салфетку в теплой воде и снять с кожи остатки горчицы. 3. Пеленкой промокнуть кожу пациента насухо. Помочь ему надеть нижнее белье, укрыть одеялом и предупредить, чтобы он оставался в постели еще не менее 20-30 мин и в этот день не принимал ванну или душ. 4. Снять перчатки. 5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6. Уточнить у пациента его самочувствие.   Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации. |
| Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики | Необходимо следить за временем выполнения процедуры, так как при более длительном воздействии горчичников возможен химический ожег кожи с образованием пузырей.  При сильном жжении или повышенной чувствительности кожи горчичники накладываются через тонкую бумагу или ткань. |
| Достигаемые результаты и их оценка | |  |  | | --- | --- | | Результат | Оценка | | Гиперемия кожи, чувство жжения | Процедура выполнена правильно | | Отсутствие покраснения, нет чувства жжения | Процедура выполнена неправильно, лечебный эффект не достигнут | | Признаки химического ожога (появление на коже пузырей) | Процедура выполнена неправильно в связи с несоблюдением времени постановки горчичников | | Пациент чувствует себя комфортно | | |

**Приложение А**

**(рекомендуемое)**

**Области наложения горчичников**



Вид:

а) – слева, б) – сзади, в) – справа

Рисунок А.1

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Применения пузыря со льдом»

|  |  |
| --- | --- |
| **Содержание требования, условия** | **Требования по реализации, алгоритм выполнения** |
| Условия выполнения простой медицинской услуги | Стационарные |
| Функциональное назначение простой медицинской услуги | Лечение заболеваний  Профилактика заболеваний |
| Материальные ресурсы  Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения | пузырь для льда  водный термометр  часы  емкость для холодной воды  лед кусочками  полотенце (пеленку)  перчатки не стерильные  емкость с дезраствором,  ветошь |
| Алгоритм выполнения манипуляции. | **I. Подготовка к процедуре:**  1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Открыть крышку пузыря, положить в него кусочки льда и залить их холодной водой (14-160С). 5. Выпустить воздух сжатием верхней трети пузыря, завинтить плотно пробку. 6. Вытереть пузырь насухо, особенно тщательно – его горловину. 7. Убедиться в герметичности пузыря, опрокинув его пробкой вниз и сжав руками с двух сторон. 8. Завернуть пузырь в полотенце или пеленку, сложенную в несколько слоев.  **II. Выполнение процедуры:**  1. Приложить пузырь со льдом к назначенной области на определенное время или подвесить его над назначенной областью с помощью пеленки (место применения пузыря со льдом и время назначаются врачом).  **III. Окончание процедуры:**  1. Убрать пузырь со льдом. 2. Помочь пациенту принять удобное положение. 3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. 4. Открыть крышку у пузыря, вылить воду. 5. Взять салфетку, смоченную в 1% растворе хлорамина и обработать пузырь двукратно с интервалом 15 минут. 6. Вымыть водой пузырь, высушить его и хранить в сухом, чистом виде. 7. Снять перчатки, вымыть руки, осушить. 8. Сделать запись о выполненной услуге в медицинской документации. |
| Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики | При высокой лихорадке пузырь со льдом рекомендуется подвесить над головой пациента.  Вместо пузыря со льдом можно использовать хладоэлементы или пакеты охлаждающие.  Хранить пузырь для льда в сухом месте при комнатной температуре в подвешенном состоянии. Лёд хранить в холодильнике.  Возможные осложнения:  Переохлаждение кожи в месте постановки.  Профилактика осложнений:  Необходимо соблюдать промежутки действия холода и перерывы (не более 20 минут)  Нельзя замораживать лед в пузыре в холодильнике, т.к образуется большой конгломерат льда, что способствует переохлаждению тела пациента. |
| Достигаемые результаты и их оценка | Улучшение самочувствия (уменьшились боли, остановилось кровотечение и т.д). |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Промывание желудка»

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение  Промывание с применением желудочного зонда (пациент в сознании) | Толстый стерильный желудочный зонд диаметром 10-15 мм, длиной 100-120 см с метками на расстоянии 45, 55, 65 см от слепого конца.  Резиновая трубка длиной 70 см (для удлинения зонда) и стеклянная соединительная трубка диаметром не менее 8 мм.  Шприц Жанэ.  Фонендоскоп.  Тонометр.  Шелковая нить.  Емкость для промывных вод.  Водный термометр.  Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.  Жидкое вазелиновое масло или глицерин.  Часы.  Воронка емкостью 1 л.  Полотенце.  Фартук клеенчатый для пациента и медицинского работника.  Перчатки нестерильные.  Ведро (с чистой водой комнатной температуры объемом 10 л).  Ковш.  Стерильные марлевые салфетки  1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру промывания желудка (если он в сознании). В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  2. Усадить пациента на стул со спинкой или уложить на кушетку в положении на боку. Детей младшего возраста усадить на колени помощника.  3. Измерить артериальное давление, подсчитать пульс, если состояние пациента позволяет это сделать.  4. Снять зубные протезы у пациента (если они есть). 5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки, фартук.  6. Поставить таз к ногам пациента или к головному концу кушетки, если положение пациента лежа.  7. Измерить шелковой нитью расстояние от резцов до пупка плюс ширина ладони пациента. Глубина введения зонда у ребенка определяется от переносицы до пупка или от мочки уха до кончика носа и до конца мечевидного отростка.  8. Перенести метку на зонд, начиная от закругленного конца.  9. Взять зонд в правую руку как «писчее перо» на расстоянии 10 см от закругленного конца.  10. Встать сбоку от пациента.  11. Предложить пациенту открыть рот, слегка запрокинуть голову назад. Ребенка младшего возраста зафиксировать. Для этого левую руку положить на лоб ребенка, правой рукой охватить его руки (выполняет помощник). Ноги ребенка удерживаются скрещенными ногами помощника. Предварительно для лучшей фиксации обернуть больного в пеленку или простыню. Надеть на пациента фартук. Конец фартука опустить в емкость для сбора промывных вод. Детям младшего возраста положить на грудь пеленку.  12. Смочить слепой конец зонда водой или глицерином.  13. Положить зонд на корень языка, попросить пациента сделать глотательное движение одновременно с продвижением зонда.  14. Наклонить голову пациента вперед, вниз.  15. Медленно продвигать зонд вслед за глотательными движениями до метки, при этом попросить пациента глубоко дышать через нос.  16. Убедиться, что зонд в желудке «воздушной пробой» (присоединить шприц Жанэ, ввести воздух, с помощью фонендоскопа прослушать появление булькающих звуков). Во время введения зонда ребенку обратить внимание на его состояние (отсутствие кашля и цианоза).  17. Продвинуть зонд на 7-10 см.  18. Присоединить воронку к зонду.  19. Опустить воронку ниже положения желудка пациента.  20. Заполнить воронку водой больше половины, держа ее наклонно. Для детей на первую порцию берется жидкость из расчета не более 15 мл/кг массы тела. При последующих введениях количество вводимой жидкости должно соответствовать количеству выведенных промывных вод.  21. Медленно поднять воронку выше уровня желудка так, чтобы вода поступала из воронки в желудок.  22. Как только вода достигнет устья воронки, быстро опустить воронку ниже уровня желудка, чтобы содержимое желудка наполнило воронку полностью.  23. При необходимости слить содержимое для бактериологического исследования в стерильную пробирку, для химического исследования — в емкость с притертой пробкой, а оставшуюся часть — в емкость для сбора промывных вод.  24. Повторить промывание несколько раз до чистых промывных вод.  25. Воронку снять, зонд извлечь через салфетку, смоченную дезинфицирующим средством.  26. Поместить зонд, воронку в контейнер с дезинфицирующим средством, салфетку — в контейнер.  27. Промывные воды подвергнуть дезинфекции.  28. Дать пациенту прополоскать рот, обтереть полотенцем вокруг рта.  29. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.  30. Пациента проводить в палату, тепло укрыть, наблюдать за состоянием.  31. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  32. Уточнить у пациента его самочувствие.  33. Отметить в листе назначений о выполненной процедуре |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Взятие крови из периферической вены»

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение  Алгоритм взятия крови из периферической вены  шприцем. | Манипуляционный столик.  Закрытая система для забора крови (в случае получения крови с помощью вакуумной системы). Шприц инъекционный одноразового применения,  от 5 до 20 мл (в случае получения крови без использования вакуумной системы).  Игла инъекционная.  Штатив для пробирок.  Пробирки с крышкой или без (в случае получения крови без использования вакуумной системы). Подушечка из влагостойкого материала.  Жгут венозный.  Емкости для дезинфекции.  Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.  Контейнер для транспортировки биологических жидкостей.  Лента со штрих- кодом или лабораторный карандаш. Антисептический раствор для обработки инъекционного поля.  Антисептик для обработки рук.  1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры.  Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру взятия крови. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  2. Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа.  3. Промаркировать пробирки, указав ФИО пациента, отделение (с целью исключения ошибки при идентификации пробы биоматериала).  4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  5. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.  6. Надеть нестерильные перчатки.  7. Подготовить необходимое оснащение.  8. Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой венепункции для выявления противопоказаний, для избежания возможных осложнений. При выполнении венепункции в область локтевой ямки предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку.  9. Наложить жгут на рубашку или пеленку так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее. При выполнении венепункции в область локтевой ямки наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяем на лучевой артерии. При наложении жгута женщине не использовать руку на стороне мастэктоми.  10. Обработать область венепункции не менее чем двумя салфетками или ватными шариками с кожным антисептиком движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену. Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных шариков с антисептиком, сколько необходимо.  11. Подождать до полного высыхания антисептического раствора (30-60 с). Нельзя вытирать и обдувать место прокола, чтобы не занести микроорганизмы. Нельзя также пальпировать вену после дезинфекции. Если во время венепункции возникли сложности, и вена пальпировалась повторно, эту область нужно продезинфицировать снова.  12. Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху.  13. Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держать иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену не более чем на 1/2 ее длины. При попадании иглы в вену ощущается «попадание в пустоту».  14. Убедиться, что игла в вене: одной рукой удерживая шприц, другой потянуть поршень шприца на себя, при этом в шприц должна поступить кровь (темная, венозная). Когда из канюли иглы покажется кровь, набрать необходимое количество крови.  15. Попросить пациента разжать кулак. Развязать жгут.  16. Прижать к месту инъекции салфетку или ватный шарик с антисептическим раствором. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку или ватный шарик у места инъекции 5-7 мин., прижимая большим пальцем второй руки, или заклеить бактерицидным пластырем, или забинтовать место инъекции. Время, которое пациент держит салфетку/ватный шарик у места инъекции (5-7 мин.), рекомендуемое.  17. Кровь, находящуюся в шприце, аккуратно и медленно, по стенке, перелить в необходимое количество пробирок.  18. Убедиться, что у пациента наружного кровотечения в области венепункции нет.  19. Подвергнуть дезинфекции весь расходованный материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.  20. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  21. Уточнить у пациента его самочувствие.  22. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление.  23. Организовать доставку пробирок с полученным лабораторным материалом в лабораторию. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Компресс на кожу»

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение  Алгоритм выполнения услуги | Ножницы  Бинт (марля)  Компрессная бумага  Лоток  Вата  Спирт этиловый  1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру постановки компресса.  2. Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение. Выбор положения зависит от состояния пациента и места наложения компресса.  3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  4. Приготовить бинт в развернутом виде, на него положить слой ваты, поверх ваты – компрессную бумагу, которая по размерам меньше ваты на 2 сантиметра.  5. Приготовить салфетку, сложенную в 8 слоев (размер салфетки должен быть на 2 см. меньше размера компрессной бумаги).  6. Смочить салфетку 45% раствором спирта этилового.  7. Положить смоченную салфетку поверх компрессной бумаги.  8. Все слои компресса положить на назначенную область тела на определенное время.  9. Зафиксировать компресс бинтом в соответствии с требованиями десмургии, чтобы он плотно прилегал к коже, не стесняя движений.  10. Известить пациента о времени проведения процедуры (до 6 – 8 часов).  11. Вымыть руки.  12. Через 1,5 -2 часа после наложения компресса пальцем, не снимая повязки, проверить степень влажности салфетки. Если салфетка влажная, укрепить компресс бинтом.  13. Снять компресс через положенное время.  14. Вытереть кожу и наложить сухую повязку.  15. Вымыть руки.  16. Сделать запись о выполненной процедуре и реакции пациента в медицинской документации. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги « Внутривенное введение лекарственных средств (капельно с помощью системы для вливания инфузионных растворов).

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение  Алгоритм выполнения услуги | Столик манипуляционный.  Лоток стерильный.  Лоток нестерильный.  Жгут венозный.  Шприц инъекционный однократного применения от 10 до 20 мл.  Система для внутривенного капельного вливания однократного применения.  Игла инъекционная.  Контейнер для использованных шприцев, непромокаемый пакет (в условиях «скорой медицинской помощи»).  Стойка-штатив для системы внутривенного капельного вливания.  Нестерильные ножницы или пинцет (для открытия флакона).  Пилочка (для открытия ампулы).  Подушечка из влагостойкого материала.  Емкости для дезинфекции.  Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.  Стол, стул (для введения лекарственных препаратов в положении сидя).  Кушетка (для ведения лекарственных препаратов в положении лежа).  Антисептический раствор для обработки инъекционного поля, шейки ампулы, резиновой пробки флакона.  Раствор натрия хлорида.  Антисептик для обработки рук.  Дезинфицирующее средство.  Салфетка.  Перчатки нестерильные.  Перчатки стерильные.  Маска.  Салфетки марлевые стерильные.  Салфетки марлевые (ватные шарики).  Бинт.  Лейкопластырь — 2-3 полоски или самоклеющаяся полупроницаемая повязка для фиксации иглы/ка- тетера в вене.  1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  2. Предложить пациенту опорожнить мочевой пузырь, учитывая длительность выполнения процедуры.  3. Предложить пациенту или помочь занять ему удобное положение, которое зависит от его состояния здоровья.  4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  5. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.  6. Надеть нестерильные перчатки.  7. Заполнить устройство для вливаний инфузионных растворов однократного применения и поместить его на штативе для инфузионных вливаний. а) Заполнение устройства для вливаний инфузионных растворов однократного применения. Проверить срок годности устройства и герметичность пакета. Прочитать надпись на флаконе: название, срок годности. Убедиться в его пригодности (цвет, прозрачность, осадок). Нестерильными ножницами или пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона, обработать резиновую пробку флакона ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором. Вскрыть упаковочный пакет и извлечь устройство (все действия производятся на рабочем столе). Снять колпачок с иглы воздуховода, ввести иглу до упора в пробку флакона. В некоторых системах отверстие воздуховода находится непосредственно над капельницей. В этом случае нужно только открыть заглушку, закрывающую это отверстие. Закрыть винтовой зажим. Перевернуть флакон и закрепить его на штативе. Повернуть устройство в горизонтальное положение, открыть винтовой зажим: медленно заполнить капельницу до половины объема. Если устройство снабжено мягкой капельницей и она соединена жестко с иглой для флакона, необходимо одновременно с двух сторон сдавить ее пальцами, и жидкость заполнит капельницу. Закрыть винтовой зажим и вернуть устройство в исходное положение, при этом фильтр должен быть полностью погружен в лекарственный препарат, предназначенный для вливания. Открыть винтовой зажим и медленно заполнить длинную трубку системы до полного вытеснения воздуха и появления капель из иглы для инъекций. Капли лекарственного препарата лучше сливать в раковину под струю воды во избежание загрязнения окружающей среды. Можно заполнять систему, не надевая иглу для инъекций, в этом случае капли должны показаться из соединительной канюли. Убедиться в отсутствии пузырьков воздуха в трубке устройства (устройство заполнено). Положить в стерильный лоток или в упаковочный пакет иглу для инъекции, закрытую колпачком, стерильные салфетки или ватные шарики с антисептическим раствором, стерильную салфетку сухую. Приготовить две полоски узкого лейкопластыря шириной 1 см, длинной 4-5 см.  8. Доставить в палату манипуляционный столик с размещенным на нем необходимым оснащением, штатив с капельницей.  9. Обследовать, пропальпировать место предполагаемой венепункции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений.  10. Наложить венозный жгут (на рубашку или пеленку) в средней трети плеча так, чтобы при этом пульс на лучевой артерии пальпировался, и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.  11. Обработать область локтевого сгиба не менее чем двумя салфетками или ватными шариками с антисептическим раствором движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену.  12. Фиксировать вену пальцем, натянув кожу над местом венепункции.  13. Другой рукой натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Пунктировать вену иглой с подсоединенной к ней системой, держа иглу срезом вверх параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену ощущается «попадание в пустоту». При появлении в канюле иглы крови — попросить пациента разжать кисть, одновременно развязать или ослабить жгут. Все использованные салфетки или ватные шарики помещаются в непромокаемый пакет.  14. Открыть винтовой зажим капельной системы, отрегулировать винтовым зажимом скорость капель (согласно назначению врача).  15. Закрепить иглу и систему лейкопластырем, прикрыть иглу стерильной салфеткой, закрепить ее лейкопластырем.  16. Снять перчатки, поместить их в непромокаемый пакет.  17. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  18. Наблюдать за состоянием пациента, его самочувствием на протяжении всей процедуры (в условиях оказания помощи в процессе транспортировки, продолжительность наблюдения определяется продолжительностью транспортирования).  19. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептического раствора).  20. Надеть нестерильные перчатки.  21. Закрыть винтовой зажим капельной системы, извлечь иглу из вены, прижать место пункции на 5-7 мин. салфеткой или ватным шариком с антисептическим раствором, прижимая большим пальцем второй руки, или забинтовать место инъекции.  22. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.  23. Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять нестерильные перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 24. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  25. Уточнить у пациента его самочувствие.  26. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Введение капель в наружный слуховой ход»

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение  Алгоритм выполнения услуги | Стерильный лоток  Стерильные пипетки  Лекарственное средство в каплях для введения в ухо  Емкость с горячей 380С водой  Перчатки  Емкости для дезинфекции отработанного материала  Кожный антисептик  Нестерильные перчатки  1.Представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры.  2.Прочиттать внимательно название ушных капель, уточнить срок годности, сравнить название и концентрацию с назначением врача.  3.Усадить или уложить пациента справа от источника света.  4.Вымыть и осушить руки гигиеническим способом, надеть перчатки.  5. Очистить полость уха от содержимого пользуясь турундами.  6.Набрать в пипетку шесть-восемь капель лекарственного средства (если нужно закапать капли в одно ухо). Доза указана в аннотации к лекарственному средству.  7.Отттянуть ушную раковину кзади и кверху. Выпрямить слуховой проход.  8. Закапать капли в ухо ( шесть- восемь капель) для удаления оставшегося избытка лекарственного средства и продления времени действия лекарства в носовой полости.  9.Попросить пациента полежать на боку 10-15 минут.  10. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор, вымыть руки, осушить.  11. Оформить медицинскую документацию. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Катетеризация мочевого пузыря мягким катетером женщине»

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение  Алгоритм выполнения услуги | Стерильный уретральный мягкий катетер.  Пинцеты анатомические 2 штуки для удержания катетера.  Корнцанг.  Лоток.  Перчатки стерильные однократного применения.  Маска.  Раствор фурациллина 1: 5000 или другого антисептика по назначению врача.  Вазелиновое масло.  Емкость для сбора мочи.  Емкости с дезинфицирующими растворами для отходов класса Б.  Клеенка подкладная.  Антисептический раствор для подмывания.  Непромокаемый мешок для последующей транспортировки к месту дезинфекции.  Антисептик кожный, спиртовый для обработки рук.  Ширма.  1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациенткой.  2. Обеспечить изоляцию пациентки.  При необходимости поставить ширму.  3. Уточнить у пациентки понимание цели и хода предстоящей процедуры, получить ее согласие.  4. Подложить под ягодицы пациентки клеенку с пеленкой.  5. Уложить пациентку в постели на спину, ноги согнуты в коленях и слегка развести в стороны.  6. Поставить емкость для сбора мочи поверх выступающего края клеенки между ног пациентки.  7.Вымыть руки гигиеническим способом до процедуры подмывания.  8.Подготовить оснащение для подмывания пациентки.  9. Провести подмывание.  10.Вымыть руки гигиеническим способом после процедуры подмывания.  11.Приготовить оснащение для катетеризации.  12.Надеть стерильные перчатки, маску.  13.Взять стерильный пинцет в правую руку.  14.Раздвинуть левой рукой половые губы, правой рукой с помощью пинцета взять стерильные марлевые салфетки, смоченные раствором фурациллина.  15.Обработать мочеиспускательное отверстие движением сверху вниз между малыми половыми губами.  16.Сменить марлевый тампон.  17. Приложить стерильный тампон, смоченный в растворе фурациллина к отверстию мочеиспускательного канала на 1 минуту. Обеспечивается обеззараживание отверстия мочеиспускательного канала.  18.Сбросить тампон в раствор для дезинфекции, сменить пинцет.  19. Взять стерильным пинцетом катетер на расстоянии 4-6 см. от его клюва, как писчее перо. Обеспечивается стерильность катетера на расстоянии 4-6см.  20. Обвести наружный конец катетера над кистью и зажать между четвертым и пятым пальцами правой руки.  21.Облить клюв катетера стерильным вазелиновым маслом.  22.Раздвинуть левой рукой половые губы, правой осторожно ввести катетер на глубину 4-6 см. до появления мочи.  23.Опустить свободный конец катетера в емкость для сбора мочи.  24.Сбросить пинцет в лоток для последующей дезинфекции.  25.Выпустить самостоятельно мочу до появления тонкой струйки или капель мочи.  26.Надавить левой рукой на переднюю брюшную стенку над лобком, одновременно извлекая катетер. Обеспечивается обмывание мочеиспускательного канала остатками мочи.  27.Извлечь осторожно катетер после прекращения мочевыделения.  28.Сбросить пинцет в емкость для последующей дезинфекции.  29.Обеспечить физический и психический покой пациентки.  30.Убрать пеленку, клеенку и поместить в непромокаемый мешок для последующей транспортировки к месту дезинфекции.  31.Снять перчатки, погрузить в емкость для последующей дезинфекции.  32.Вымыть руки гигиеническим способом после процедуры, осушить.  33.Сделать запись в медицинской документации о выполнении процедуры, реакции пациентки на процедуру, ее эффективность. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Закапывание капель в нос».

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение  Алгоритм выполнения услуги | Пипетка  Лекарственный раствор  1. Уточнить у пациента информированность о лекарственном средстве, ходе процедуры и согласие.  2. Приготовить пипетку ( если капельница вмонтирована в пробирку, ею можно пользоваться только одному пациенту).  3. Вымыть руки.  4. Прочитать название лекарственного средства.  5. Набрать в пипетку лекарственное средство (3-4 капли для каждой половины носа).  6. Попросить пациента сесть, слегка запрокинув голову, наклонить ее (при закапывании в левую ноздрю – влево, в правую – вправо).  7. Приподнять кончик носа пациента и закапать в нижний носовой ход 3-4 капли (не вводить пипетку глубоко в нос).  8. Попросить пациента приложить пальцем крыло носа к перегородке и сделать легкие круговые движения, не отнимая пальцы.  9. Закапать капли во вторую ноздрю, повторив те же действия.  10. Спросить пациента о его самочувствии.  11. Положить пипетку в емкость для использованного материала.  12. Сделать запись о процедуре и реакции на нее пациента в « Медицинской карте».  13. Вымыть руки. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Закапывание лекарственных средств в глаза».

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение  Алгоритм выполнения услуги | Пипетка  Лекарственный раствор  Стерильные марлевые шарики  1. Уточнить у пациента информированность о лекарственном средстве, ходе процедуры и согласие.  2. Прочитать этикетку на флаконе с каплями.  3. Помочь (при необходимости) пациенту сесть или лечь.  4. Вымыть руки.  5. Дать пациенту два шарика: в левую руку- для левого глаза, в правую –для правого..  6. Набрать в пипетку нужное количество капель, взять в левую руку марлевый шарик.  7. Попросить пациента слегка запрокинуть голову и посмотреть вверх.  8. Оттянуть нижнее веко марлевым шариком.  9. Закапать в нижнюю конъюнктивальную складку 2-3 капли (не подносить пипетку близко к конъюнктиве).  10. Попросить пациента закрыть глаза.  11. Промокнуть вытекшие капли у внутреннего угла глаза.  12. Повторить те же действия при закапывании в другой глаз.  13. Спросить у пациента о самочувствии.  14. Убедиться, что пациент не испытывает неудобств после процедуры.  15. Вымыть руки.  16.Сделать запись о процедуре и реакции на нее пациента в «Медицинской карте». |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка очистительной клизмы»

|  |  |
| --- | --- |
| Требования, условия | Алгоритм выполнения |
| Условия выполнения простой медицинской услуги | Стационарные, амбулаторно-поликлинические |
| Назначение простой медицинской услуги | Профилактика, лечение, диагностика заболеваний |
| Оснащение | Кружка Эсмарха,  соединительная трубка,  зажим,  ректальный наконечник стерильный,  вазелин,  водный термометр, судно,  перчатки нестерильные,  фартук клеенчатый,  клеенка,  пеленка,  штатив,  таз,  емкость для утилизации и дезинфекции, шпатель,  ширма. |
| Алгоритм постановки очистительной клизмы | 1) Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры. Убедиться в наличии информационного согласия.  2)вымыть руки гигиеническим способом, осушить полотенцем, обработать антисептиком, дать высохнуть, одеть перчатки, фартук.  3)собрать систему, присоединить наконечник, закрыть вентиль(зажим).  4)налить в кружку Эсмарха 1-1,5 литра воды.  Температура воды:  при атоническом запоре – 16-20 гр.С;  при спастическом запоре – 37-38 гр.С;  в остальных случаях – 23-25 гр.С  5)заполнить систему водой: подвесить кружку на штатив, открыть вентиль(зажим), слить немного воды через наконечник, закрыть вентиль  6)Смазать наконечник вазелином.  7)Уложить пациента на левый бок, покрытую клеенкой и пеленкой. Клеенка должна свисать в таз. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка подведены к животу.  8)Выпустить воздух из системы.  9)Развести одной рукой ягодицы пациента.  10)Ввести другой рукой наконечник в прямую кишку, проводя первые 3-4 см по направлению к пупку.  11)открыть вентиль(зажим) и отрегулировать поступление жидкости в кишечник.  12)Попросить пациента расслабиться и медленно подышать животом.  13)Закрыть вентиль после введения жидкости и осторожно извлечь наконечник.  14)Предложить пациенту задержать воду в кишечнике на 5-10 мин.  15)Проводить пациента в туалетную комнату.  16)Разобрать систему, наконечник, кружку Эсмарха, клеенку продезинфицировать.  17)При необходимости подмыть пациента.  18)Снять перчатки, подвергнуть их дезинфекции.  19)Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  20)Уточнить у пациента о его самочувствии.  21)Сделать соответствующую запись в медицинской документации. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за постоянным мочевым катетером»

|  |  |
| --- | --- |
| Требования, условия | Алгоритм выполнения |
| Условия выполнения простой медицинской услуги | Стационарные, амбулаторно-поликлинические |
| Назначение простой медицинской услуги | Профилактика заболеваний |
| Оснащение | 1)Шприц одноразовый на 10мл.  2)Катетер мочевой одноразовый, стерильный с дополнительным отведением для промывания мочевого пузыря.  3)Стерильный раствор борной кислоты.  4)Мазь гентамициновая.  5)Барьерное средство для защиты кожи.  6)Перчатки нестерильные.  7)Адсорбирующая пеленка.  8)Стерильные ватные или марлевые шарики.  9)Стерильные марлевые салфетки.  10)Емкость для воды.  11)Лейкопластырь. |
| Алгоритм ухода за постоянным мочевым катетером | 1) Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры. Убедиться в наличии информационного согласия.  2)Обеспечить конфиденциальность процедуры.  3)Опустить изголовье кровати.  4)Помочь пациенту занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку.  5)Вымыть руки гигиеническим способом, осушить полотенцем, обработать антисептиком, дать высохнуть.  6)Надеть перчатки.  7)Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем.  8)Вымыть марлевой салфеткой , а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10см.  9)Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает.  10)Осмотреть кожу промежности, идентифицируя признаки инфекции(гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое).  11)Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута.  12)Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости.  13)Снять с кровати клеенку с пеленкой, поместить в емкость для дезинфекции.  14)Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.  15)Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции.  16)Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  17)Уточнить у пациента о его самочувствии.  18)Сделать соответствующую запись в медицинской документации. |
| Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики | Для профилактики внутрибольничной инфекции:  Следить, чтобы система катетер-мочеприемник была замкнутой, разъединять ее только в случае промывания катетера.  Промывать катетер только строго по назначению врача.  При подозрению на закупорку необходимо удалить всю систему и установить новую по необходимости. Использовать одноразовый катетер, имеющий специальное отведение для промывания мочевого пузыря без разъединения системы. При необходимости промывания катетера соблюдать правила асептики.  Осторожно отсоединять мочеприемник, избегая загрязнения соединительной трубки.  Кратность проведения процедуры по необходимости и назначению врача. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за внешним мочевым катетером»

|  |  |
| --- | --- |
| Требования, условия | Алгоритм выполнения |
| Условия выполнения простой медицинской услуги | Стационарные |
| Назначение простой медицинской услуги | Лечение и профилактика заболеваний |
| Оснащение | Катетер типа «кондом».  Емкость для сбора выделяемой мочи с канюлей.  Емкость для воды.  Застежка «липучка» или резинка.  Марлевые салфетки.  Адсорбирующая пеленка |
| Алгоритм ухода за внешним мочевым катетером | 1) Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры. Убедиться в наличии информационного согласия.  2)Обеспечить конфиденциальность процедуры.  3)Опустить изголовье кровати.  4)Помочь пациенту занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку.  5)Вымыть руки гигиеническим способом, осушить полотенцем, обработать антисептиком, дать высохнуть.  6)Надеть перчатки.  7)Положить емкость для сбора выделяемой мочи на кровать так, чтобы канюля лежала, свисала петлей с матраса и прикреплялась к самой кровати.  8)Вымыть и осушить половой член пациента.  9)Использованный материал подвергнуть дезинфекции.  10)Взять половой член одной рукой , другой рукой надеть катетер типа «кондом» на половой член, раскатывая вверх и оставляя 2,5-5 см открытого пространства до дистального конца полового члена для прикрепления системы дренирования.  11)Придерживая катетер «кондом» одной рукой надеть застежку-липучку или резинку на верхнюю часть резинового катетера, но не на половой член, так, чтобы она прилегала плотно, но не туго.  12)Присоединить конец катетера к дренирующей трубке.  13)Расположить дренирующую трубку так, чтобы она была свободной, но не натянутой.  14)Проверять безопасность, надежность расположения катетера на половом члене каждые 4 часа.  15)Снимать катетер типа «кондом» на полчаса во время ежедневной ванны или каждые 24 часа.  16)Удобно расположить пациента, поднять боковые поручни.  17)Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.  18)Снять перчатки, подвергнуть их дезинфекции.  19) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  20)Уточнить у пациента о его самочувствии.  21)Сделать соответствующую запись в медицинской документации. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного»

|  |  |
| --- | --- |
| Требования, условия | Алгоритм выполнения |
| Условия выполнения простой медицинской услуги | Стационарные, амбулаторно-поликлинические |
| Назначение простой медицинской услуги | Профилактика и лечение заболеваний |
| Оснащение | Судно  Корнцанг или пинцет  Водный термометр  Нестерильные перчатки  Клеенка  Салфетки или тампоны марлевые  Клеенчатый фартук  Емкость для воды  Мыльный раствор  Ширма(если процедура выполняется в общей палате) |
| Алгоритм ухода за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного | 1) Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры. Убедиться в наличии информационного согласия.  2)Отгородить пациента ширмой.  3)Вымыть руки гигиеническим способом, осушить, обработать антисептиком, одеть перчатки, клеенчатый фартук.  4)Налить в емкость теплую воду 35-37грС  5)Положить пациента на спину, по возможности согнуть ноги в коленях и развести в тазобедренных суставах.  6)Подложить под пациента клеенку.  Выполнение процедуры **у женщины:**  7)Подставить под крестец пациентки судно  8)Встать сбоку от пациентки, взять в руку емкость с водой, в другую корнцанг с марлевой салфеткой или тампоном.  9)Поливать из емкости на половые органы и последовательно обработать их по направлению к анальному отверстию: область лобка, большие половые губы, малые, паховые складки, промежность, область анального отверстия, межягодичную складку. Салфетки менять по мере загрязнения  10)Просушить марлевыми салфетками в той же последовательности  11)Использованные салфетки поместить в контейнер для дезинфекции  Выполнение процедуры у **мужчины**:  12) Положить пациента на спину, по возможности согнуть ноги в коленях и развести в тазобедренных суставах.  13)Подложить под пациента клеенку.  14)Подставить под крестец пациента судно  15)Встать сбоку от пациента, смочить салфетку(варежку) водой  16)Аккуратно отодвинуть пальцами левой руки крайнюю плоть, обнажить головку полового члена.  17)Обработать головку полового члена, кожу полового члена, мошонку, паховые складки, область заднего прохода, межягодичную складку. Менять салфетки по мере загрязнения  18)Просушить марлевыми салфетками в той же последовательности  19)Использованные салфетки поместить в контейнер для дезинфекции  20)Убрать судно, клеенку. Снять перчатки.  21)Обработать руки гигиеническим способом. Осушить.  22)Уточнить у пациента о его самочувствии.  23)Сделать соответствующую запись в медицинской документации. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Взятие крови из периферической вены»

|  |  |
| --- | --- |
| Требования, условия | Алгоритм выполнения |
| Условия выполнения простой медицинской услуги | Стационарные, амбулаторно-поликлинические |
| Назначение простой медицинской услуги | Диагностика заболеваний |
| Оснащение | Манипуляционный столик  Закрытая система для забора крови (в случае получения крови с помощью вакуумной системы)  Шприц инъекционный одноразового применения от 5 до 20 мл ( в случае получения крови без использования вакуумной системы)  Игла инъекционная  Штатив для пробирок  Пробирки с крышкой или без  Подушечка из влагостойкого материала  Жгут венозный  Емкости для дезинфекции  Пакет для утилизации отходов класса Б  Контейнер для транспортировки биологических жидкостей  Лента со штрих-кодом или лабораторный карандаш  Антисептический раствор для обработки инъекционного поля  Антисептик для обработки рук  Дезинфицирующее средство  Ватные или марлевые шарики стерильные  Бактерицидный лейкопластырь  Перчатки нестерильные |
| Алгоритм взятия крови из периферической вены шприцем | 1) Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры. Убедиться в наличии информационного согласия.  2)Предложить или помочь пациенту занять удобное положение сидя или лежа  3)Промаркировать пробирки, указав Ф.И.О. пациента, отделение  4)Вымыть руки гигиеническим способом, высушить, обработать антисептиком, дать высохнуть  5)Надеть нестерильные перчатки  6)Подготовить необходимое оснащение  7)Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой венепункции для выявления противопоказаний и во избежание возможных осложнений  8)При выполнении венепункции в области локтевой ямки предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть подушечку  9)Наложить жгут на рубашку или пеленку так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее  При проведении венепункции в область локтевой ямки наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяем на лучевой артерии  При наложении жгута женщине не использовать руку со стороны мастэктомии  10)Обработать область венепункции двумя салфетками или ватными шариками с кожным антисептиком движениями в одну сторону, одновременно определяя более наполненную вену. Если рука пациента сильно загрязнена, использовать дополнительные салфетки или шарики сколько необходимо.  11)Подождать до полного высыхания. Нельзя вытирать и обдувать, чтобы не занести микроорганизмы.  Нельзя также пальпировать вену после дезинфекции. Если во время венепункции возникли сложности, и вена пальпировалась повторно, эту область нужно про­ дезинфицировать снова.  12) Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху.  13) Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держать иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену не более чем на 1/2 ее длины. При попадании иглы в вену ощуща­ ется «попадание в пустоту».  14) Убедиться, что игла в вене: одной рукой удерживая шприц, другой потянуть поршень шприца на себя, при этом в шприц должна поступить кровь (темная, венозная). Когда из канюли иглы покажется кровь, на­ брать необходимое количество крови.  15) Попросить пациента разжать кулак. Развязать жгут.  16) Прижать к месту инъекции салфетку или ватный шарик с антисептическим раствором. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку или ватный шарик у места инъекции 5-7 мин., прижимая большим пальцем второй руки, или заклеить бактерицидным пластырем, или забинтовать место инъекции. Время, которое пациент держит салфетку/ватный шарик у места инъекции (5-7 мин.), рекомендуемое.  17) Кровь, находящуюся в шприце, аккуратно и медленно, по стенке, перелить в необходимое количество пробирок.  18) Убедиться, что у пациента наружного кровотечения в области венепункции нет.  19) Подвергнуть дезинфекции весь расходованный материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.  20) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  21) Уточнить у пациента его самочувствие.  22) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление.  23) Организовать доставку пробирок с полученным лабораторным материалом в лабораторию. |
| Алгоритм взятия крови из периферической вены иглой | 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру взятия крови.  2) Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа.  3) Промаркировать пробирки, указав ФИО пациента, отделение (с целью исключения ошибки при иденти­ фикации пробы биоматериапа).  4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.  6) Надеть нестерильные перчатки.  7) Подготовить необходимое оснащение.  8) Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой венепункции для выявления противо­показаний во избежание возможных осложнений. При выполнении венепункции в область локтевой ямки предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку.  9) Наложить жгут на рубашку или пеленку так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировал­ся, и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее. При выполнении венепункции в область локтевой ямки наложить жгут в средней трети плеча, пульс про­веряем на лучевой артерии. При наложении жгута женщине не использовать руку на стороне мастэктомии.  10) Обработать область венепункции не менее чем двумя салфетками или ватными шариками с кожным антисептиком движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену. Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных шариков с антисептиком, сколько необходимо.  11) Подождать до полного высыхания антисептического раствора (30-60 с). Нельзя вытирать и обдувать место прокола, чтобы не занести на него микроорганизмы. Нельзя также пальпировать вену после дезин­фекции. Если во время венепункции возникли сложности, и вена пальпировалась повторно, эту область нужно продезинфицировать снова.  12) Взять иглу необходимого для данной методики размера, вскрыть упаковочный пакет.  13) Охватить пальцами канюлю иглы, под канюлю положить марлевую салфетку.  14) Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держать иглу срезом вверх параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену не более чем на 1/2 ее длины. При попадании иглы в вену ощуща­ется «попадание в пустоту».  15) Когда из канюли иглы покажется кровь, подставить под канюлю пробирку и набрать необходимое количество крови.  16) Попросить пациента разжать кулак. Развязать жгут.  17) Прижать к месту инъекции салфетку или ватный шарик с антисептическим раствором. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку или ватный шарик у места инъекции 5-7 мин., прижимая большим пальцем второй руки, или заклеить бактерицидным пластырем, или забинтовать место инъекции. Время, которое пациент держит салфетку или ватный шарику места инъекции (5-7 мин.), рекомендуемое.  18) Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.  19) Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять перчатки, поместить в емкость для де­зинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.  21) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  22) Уточнить у пациента его самочувствие  23) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление.  24) Организовать доставку пробирок с полученным лабораторным материалом в лабораторию |
| Алгоритм взятия крови из периферической вены с помощью закрытых вакуумных систем | 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру взятия крови.  2) Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа.  3) Промаркировать пробирки, указав ФИО пациента, отделение (с целью исключения ошибки при иденти­фикации пробы биоматериала).  4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.  6) Надеть нестерильные перчатки.  7) Выбрать пробирки, соответствующие заявленным тестам или необходимым пациенту лабораторным исследованиям, приготовить иглу, держатель, спиртовые салфетки, пластырь.  8) Наложить жгут на рубашку или пеленку на 7—10 см выше места венепункции. Жгут нужно накладывать не более чем на одну минуту. Большее время сдавливания вены может повлиять на результаты анализов вследствие изменения концентраций в крови некоторых показателей.  9) Попросить пациента сжать кулак. Нельзя задавать для руки физическую нагрузку (энергичное «сжима­ ние и разжимание кулака»), т. к. это может привести к изменениям концентрации в крови некоторых пока­ зателей. Выбрать место венепункции. Наиболее часто используются средняя локтевая и подкожные вены, однако можно пунктировать и менее крупные и полнокровные вены тыльной поверхности запястья и кисти.  10) Взять иглу и снять защитный колпачок с нее. Если используется двусторонняя игла, снять защитный колпачок серого или белого цвета. 11) Вставить иглу в иглодержатель и завинтить до упора  12) Продезинфицировать место венепункции марлевой салфеткой или тампоном, смоченным антисептиче­ским раствором, круговыми движениями от центра к периферии.  13) Подождать до полного высыхания антисептического раствора (30-60 с). Нельзя вытирать и обдувать место прокола, чтобы не занести микроорганизмы. Нельзя также пальпировать вену после дезинфекции. Если во время венепункции возникли сложности, и вена пальпировалась повторно, эту область нужно про­ дезинфицировать снова.  14) Снять колпачок с другой стороны иглы. 6) Обхватить левой рукой предплечье пациента так, чтобы большой палец находился на 3-5 см ниже ме­ ста венепункции, натянуть кожу.  15) Расположить иглу по одной линии с веной скосом вверх и пунктировать вену под углом 15-30° к коже.  16) Вставить заранее приготовленную пробирку в иглодержатель до упора и удерживать ее, пока кровь не перестанет поступать в пробирку. Жгут необходимо снять сразу же после начала поступления крови в про­ бирку. Убедиться, что пациент разжал кулак. Кровь проходит в пробирку, пока полностью не компенсирует созданный в ней вакуум. Если кровь не идет, это значит, что игла прошла вену насквозь — в этом случае нужно немного вытянуть иглу, но не вынимать, пока кровь не пойдете пробирку. Точность заполнения про­ бирки составляет ±10 % от номинального объема.  17) Извлечь пробирку из держателя.  18) Сразу же после заполнения пробирку нужно аккуратно перевернуть для смешивания пробы с наполни­ телем: пробирку без антикоагулянтов — 5-6 раз; пробирку с цитратом — 3—4 раза; пробирку с гепарином, ЭДТА и другими добавками — 8-10 раз. Пробирки нельзя встряхивать — это может вызвать пенообразование и гемолиз, а также привести к механическому лизису эритроцитов. Если это необходимо, в иглодержатель вставляется ряд других пробирок для получения нужного объема крови для различных исследований. Повторно вводить иглу в вену для этого не нужно.  19) После того как все необходимые пробирки будут наполнены, приложить сухую стерильную салфетку к месту венепункции и извлечь иглу. 20) Использованную иглу вместе с одноразовым держателем поместить в контейнер для острых предметов. Многоразовые держатели отсоединяются путем помещения иглы в специальное отверстие в крышке кон­тейнера. Игла откручивается от держателя, оставаясь в контейнере. В целях предотвращения контакта с кровью запрещается разбирать иглу и держатель в руках!  21) Убедиться, что наружного кровотечения у пациента в области венепункции нет.  22) Наложить давящую повязку на руку или бактерицидный пластырь.  23) Обработать руки в перчатках дезинфицирующим средством.  24) Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.  25) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  26) Уточнить у пациента его самочувствие.  27) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление  28) Организовать доставку пробирок с полученным лабораторным материалом в лабораторию.  Дополнительные сведения об особенностях вы­полнения методики Обязательно нанести на этикетку, находящуюся на пробирке, наименование медицинской организации, фамилию и инициалы пациента, его пол, возраст, дату и время взятия крови и отправить пробирку в лабо­раторию. Этикетки всегда должны заполняться в присутствии пациента. Транспортировать в соответствующие лаборатории промаркированные пробирки в вертикальном положе­нии в специальных контейнерах с крышками, подвергающихся дезинфекции. При взятии крови из периферической вены на исследования с использованием различных реагентов не­ обходимо соблюдать следующую последовательность: вначале проводится взятие крови без антикоагу­ лянтов, затем в пробирки с антикоагулянтами во избежание загрязнения ими. Порядок получения крови для исследования:  - кровь для микробиологических исследований;  - нативная кровь без антикоагулянтов для получения сыворотки с использованием пробирки с гелем или ускорителями свертывания;  - цитратная кровь для коаугологических исследований;  - кровь с этилендиаминтетрауксусной кислотой (ЭДТУК, ЭДТА) для гематологических исследований;  - кровь с ингибиторами гликолиза (фториды) для исследования глюкозы;  - кровь с литиевым гепарином (LH) для газов и электролитов. Сыворотка и плазма должны быть свободны от гемолиза. Помните, что чрезмерно длительный стаз (1 мин.) способен вызвать изменения концентрации белков от 5 до 15 %, газов крови, электролитов (К, Са), билиру­ бина, показателей коагулограммы. При слишком быстром всасывании крови в шприц вызывается частичный гемолиз, как и использование игл слишком большого диаметра (завихрение в токе крови). Применение закрытых резиновыми мембранами вакуумных пробирок со специальными обоюдоострыми иглами заметно убыстряет процесс сбора крови. Взятие крови из центрального венозного катетера должен осуществляться до проведения диагностических процедур, инфузионных вливаний, переливания крови, растворов, пункций, инъекций, биопсий, пальпа­ций, эндоскопий, диализа. Удалите кровь в тройном объеме равном объему мертвого пространства системы катетера — забирают отдельно в шприц или пустую вакуумную пробирку (при невыполнении этих правил снижается достоверность анализа за счет разбавления крови). После введения через катетер гепарина (для промывания или с лечебной целью) брать кровь на коагулограмму нельзя. Взятие крови проводят натощак. Пунктируют периферические вены. Взятие крови из микрокатетера, иглы- «бабочки», периферического катетера путем венесекции допустим только в крайнем случае, когда нет другой возможности. Ребенку до 6 мес. забор крови осуществляется в положении лежа. Старше 1 года до 5-7 лет помощник уса­живает ребенка к себе на колени, удерживая ноги своими скрещенными ногами, голову фиксирует одной рукой за лоб, другой охватывает туловище с прижатой одной рукой. Перед началом процедуры у женщин уточнить, не было ли мастэктомии, брать кровь со стороны мастэк­томии не рекомендуется. С целью правильного использования закрытых систем для взятия крови с учетом ее конструктивных осо­бенностей необходимо следовать рекомендациям и инструкциям производителя |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Внутрикожное введение лекарственных средств»

|  |  |
| --- | --- |
| Требования, условия | Алгоритм выполнения |
| Условия выполнения простой медицинской услуги | Стационарные, амбулаторно-поликлинические |
| Назначение простой медицинской услуги | Диагностика и профилактика заболеваний |
| Оснащение | Манипуляционный столик  Кушетка  Шприц одноразовый емкостью 1 мл и две иглы длиной 15 мм  Лоток стерильный  Лоток нестерильный для расходуемого материала  Пилочка (для открытия ампул)  Нестерильные ножницы или пинцет (для открытия флакона)  Емкости для дезинфекции  Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б  Антисептический раствор для обработки инъекционного поля, шейки ампулы, резиновой пробки флакона  Антисептик для обработки рук. Дезинфицирующее средство  Стерильные салфетки или шарики (ватные или марлевые)  Перчатки нестерильные |
| Алгоритм выполнения внутрикожного введения лекарственных препаратов | 1) Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры. Убедиться в наличии информационного согласия.  2) Взять упаковку и проверить пригодность лекарственного препарата (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, определить по внешнему виду). Сверить назначения врача  3) Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа. Выбор положения за­ висит от состояния пациента; вводимого препарата  4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить  5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика  6) Надеть нестерильные перчатки  7) Подготовить шприц. Проверить срок годности, герметичность упаковки  8) Набрать лекарственный препарате шприц  а) Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы. Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарствен­ ный препарат пригоден: нет осадка. Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части. Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептиком. Вскрыть ампулу. Набрать лекарственный препарате шприц. Выпустить воздух из шприца  б) Набор лекарственного препарата из флакона, закрытого алюминиевой крышкой. Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, срок годности. Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, прикрывающую резиновую проб­ ку. Протереть резиновую пробку ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором. Ввести иглу под углом 90° во флакон, перевернуть его вверх дном, слегка оттягивая поршень, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата. Извлечь иглу из флакона, заменить ее на новую стерильную иглу, проверить ее проходимость  9) Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток  10) Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой инъекции для выявления противопо­ казаний для избежания возможных осложнений.  11)Обработать место инъекции не менее чем двумя салфетками или шариками, смоченными антисептиче­ ским раствором. Дождаться его высыхания  12) Обхватив предплечье пациента снизу, растянуть кожу пациента на внутренней поверхности средней трети предплечья  1 3) Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем, ввести в кожу пациента в месте предполагаемой инъекции только конец иглы почти параллельно коже, держа ее срезом вверх под углом 10-15°  1 4) Нажимая указательным пальцем на поршень, ввести лекарственный препарат до появления папулы, сви­детельствующей о правильном введении препарата  1 5) Извлечь иглу. К месту введения препарата не прижимать салфетку с антисептическим раствором  16) Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять перчатки, поместить их поместить в ем­ кость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б  17) Обработать руки гигиеническим способом, осушить  18) Уточнить у пациента его самочувствие  19) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Гигиеническая обработка рук»

|  |  |
| --- | --- |
| Содержание, требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения |
| Функциональное назначение простой медицинской услуги | Лечебное  Реабилитационное  Профилактическое |
| Оснащение | Жидкое мыло  Дозаторы мыла и кожного антисептика  Часы с секундной стрелкой  Теплая проточная вода (35-40 гр.)  Чистые сухие полотенца однократного применения  Антисептическое средство  Перчатки нестерильные  Контейнеры с дез.средством  Емкость для сброса отходов |
| Алгоритм выполнения процедуры | 1.Выполнить обязательные условия для достижения эффективности мытья, проверить цеосность кожи пальцев рук.  2.Завернуть рукава халата на 2/3 предплечья.  3.Открыть кран, отрегулировать температуру воды (35-40 гр.).  4.Намылить руки и обмыть водопроводный кран с мылом (локтевой кран не обмывается).  5.Намылить руки в течение10секунд пять-шесть раз, уделяя внимание коже вокруг ногтей и межпальцевыми пространствами кистей рук. Ополаскивать руки после каждого намыливания.  6.Ополаскивать руки под проточной водой для удаления мыльной пены так, чтобы вода стекала в раковину с предплечья или локтей.  7.Закрыть кран, пользуясь салфеткой однократного применения (локтевой кран закрыть движением локтя).  8.Просушить кран чистым индивидуальным полотенцем однократного применения.  9.Нанести антисептическое средство в ладонь в количестве 3 мл.,для того, чтобы покрыть все обрабатываемые поверхности.  10.Втирать средство в ладони рук.  11.Втирать средство правой ладонью по внешней стороне левой (пальцы переплетены) и наоборот.  12.Втирать средство в ладони рук (пальцы переплетены).  13.Вращательными движениями правой руки втирайте антисептик ладонью в большой палец левой руки и наоборот.  14.Перемещаясь вперед и назад, вращательными движениями сжатыми пальцами правой руки втирайте антисептик в ладонь левой руки и наоборот.  15.Высушить руки в течение 20-30 с. и одеть перчатки. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при рвоте»

|  |  |
| --- | --- |
| Содержание, требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения |
| Функциональное назначение простой медицинской услуги | Лечение заболеваний |
| Оснащение | Таз.  Клеенчатый фартук.  Клеенка.  Полотенце.  Малые салфетки для ухода за полостью рта.  Салфетка.  Растворы для полоскания полости рта: 2% р-р натрия бикарбоната, 0, 01 % р-р калия пермангомата.  Перчатки нестерильные.  Электроотсос или грушевидный баллончик.  Контейнеры с дез.средствами.  Емкость для сброса отходов. |
| Алгоритм выполнения процедуры (пациент в сознании)  Алгоритм процедуры (пациент ослаблен или без сознания) | 1. Идентифицировать пациента, представиться (если пациент в сознании), проинформировать о предстоящей процедуре, получить согласие на процедуру .  2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить, обработать антисептическим средством и дать высохнуть, надеть перчатки, клеенчатый фартук.  3. Усадить пациента, грудь прикрыть клеенкой и салфеткой.  4. Дать полотенце, к ногам поставит таз.  5. Сообщить врачу.  6.Придерживать голову пациента во время акта рвоты, положив на его лоб свою ладонь.  7.Дать полоскание для полости рта после каждого акта рвоты, вытирать лицо салфеткой.  8.Оставить рвотные массы до прихода врача.  9.Снять перчатки, обработать руки гигиеническим способом, осушить.  10.Уточнить у пациента о его самочувствии.  11.Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.  1. Обработать руки гигиеническим способом, осушить, обработать антисептическим средством и дать высохнуть, надеть перчатки, клеенчатый фартук.  2.Повернуть пациента набок, если невозможно изменить положение, повернуть голову набок во избежание аспирации рвотных масс.  3.Срочно вызвать врача.  3.Убрать подушку.  4.Удалить зубные протезы (если они есть)  5.Накрыть клеенкой и салфеткой грудь пациента.  6.Поставить ко рту почкообразный лоток.  7.Обработать полость рта после каждого акта рвоты.  8.Отсосать электроотсосом или грушевидным баллончиком из полости рта, носа рвотные массы (при необходимости)  9..Снять перчатки, обработать руки гигиеническим способом, осушить.  9.Оставить рвотные массы до прихода врача.  10.Уточнить у пациента о его самочувствии.  11.Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Закладывание мази за веко»

|  |  |
| --- | --- |
| Содержание, требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения |
| Функциональное назначение простой медицинской услуги | Лечение заболевания |
| Оснащение | Тюбик с мазью, глазные палочки, стерильные плотные ватные шарики, перчатки. |
| Алгоритм выполнения процедуры | 1.Идентифицировать пациента, представиться, установить доверительное отношение с пациентом, проинформировать о предстоящей процедуре, получить согласие на процедуру .  2.Усадить пациента со слегка запрокинутой головой, или уложить без подушки.  3.Прочитать внимательно название глазной мази, уточнить срок годности, сравнить название и концентрацию с назначением врача. 4.Вымыть руки гигиеническим способом, осушить, обработать антисептическим средством и дать высохнуть.  5. Усадить пациента лицом к источнику света со слегка запрокинутой головой назад.  6.Взять в левую руку ватный шарик и оттянуть нижнее веко ватным шариком.  7.Попросить пациента слегка посмотреть вверх.  8.Выдавить из тюбика мазь на глазную палочку.  9.Удерживать палочку параллельно нижнему краю века, продвигая ее от внутреннего угла глаза к наружному.  10.Попросить пациента закрыть глаза.  11.Дать пациенту стерильный ватный шарик, для удаления из-под сомкнутых век постепенно вытекающей мази.  12.Погрузить использованный материал в емкость для сбора отходов.  13. Снять перчатки, погрузить в контейнер с дезинфицирующим раствором. Вымыть руки, обработать кожным антисептиком.  14.Уточнить у пациента о его самочувствии.  15. Сделать запись о проделанной процедуре в медицинской документации. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Расчет дозы и разведение антибиотика»

|  |  |
| --- | --- |
| Содержание, требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения |
| Функциональное назначение простой медицинской услуги | Достижение терапевтического эффекта |
| Оснащение | Жидкое мыло  Дозаторы мыла и кожного антисептика  Часы с секундной стрелкой  Теплая проточная вода (35-40 гр.)  Чистые сухие полотенца однократного применения  Антисептическое средство  Перчатки нестерильные  Стерильные шприцы (5-10 мл) со стерильными иглами, 2 лотка ( стерильный и рабочий)  Флаконы с сухим антибиотиком  Флакон или ампулы с растворителем  Емкости с дезинфицирующими средствами класса Б  Емкость с иглоотсекателем  Емкость для сбора отходов |
| Алгоритм выполнения процедуры | 1.Установить доверительное отношение с пациентом. Объяснить пациенту цель и ход процедуры, уточнить информированность о лекарственном средстве, получить согласие.  2.Убедиться, что нет противопоказаний для данного антибиотика.  3.Обработать руки гигиеническим способом, осушить, обработать антисептическим средством, дать высохнуть, надеть нестерильные перчатки и маску.  4.Сверить назначения врача.  5.Проверить пригодность антибиотика и растворителя (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, внешний вид).  6. Обработать шейку ампулы (крышку флакона) тампоном, смоченным спиртом. Обработке подлежат ампула или флакон с растворителем и флакончик с антибиотиком двукратно каждый.  7.Вскрыть ампулу или флакон с растворителем, поставить аккуратно на манипуляционный стол.  8.Вскрыть пакет, собрать шприц.  9.Набрать в шприц необходимое количество растворителя, пользуясь правилами разведения.  10.Взять флакон с сухим антибиотиком в левую руку, а в правой руке держать шприц с растворителем.  11.Проколоть пробку в центре флакона под углом 90 градусов и ввести иглу во флакон на 1-2 мм.  12.Ввести растворитель из шприца во флакон, снять флакон вместе с иглой, положить шприц в стерильный лоток или стерильную упаковку.  13.Осторожно встряхнуть флакон до полного растворения антибиотика. Раствор во флаконе должен быть прозрачным, без примесей.  14.Надеть иглу с флаконом на конус шприца, поднять флакон вверх дном, набрать нужную дозу лекарственного средства. Сверить с назначением врача.  15.Снять иглу вместе с флаконом с конуса шприца, соблюдая стерильность.  16.Надеть на конус шприца другую стерильную иглу для внутримышечной инъекции, закрепить ее по часовой стрелке, выпустить воздух из шприца так, чтобы из иглы выделилось только одна-две капли раствора антибиотика, надеть колпачок на иглу, соблюдая меры предосторожности.  17.Положить шприц на стерильный лоток.    Методика разведения антибиотиков.  Стандартный метод разведения:  Правило разведения антибиотиков, дозированных в ЕД.  На каждые 100 000 ЕД сухого вещества необходимо ввести во флакон 1 мл. растворителя.  250 000 ЕД - 2,5 мл.  300 000 ЕД - 3 мл.  1000 000 ЕД - 10 мл.  Правило разведения антибиотиков, дозированных по весеу(в граммах)  На каждые 0,1 г. сухого вещества необходимо ввести во флакон 1 мл растворителя.  0,1 гр. - 1 мл.  0,5 гр. - 5 мл.  1 гр. - 10 мл.  Концентрированный метод разведения:  Правило разведения антибиотиков, дозированных в ЕД.  На каждые 100 000ЕД антибиотика вводят 0,5 мл. растворителя:  250 000 ЕД - 1,25 мл.  500 000 ЕД - 2,5 мл.  1000 000 ЕД - 5мл.  Правило разведения антибиотиков, дозированных по весу (в граммах) применяется том случае, если все содержимое флакона предназначено для введения одному пациенту. В этом случае во флакон вводят от 3 до 5 мл растворителя. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Катетеризация мочевого пузыря мужчины мягким катетером»

|  |  |
| --- | --- |
| Содержание, требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения |
| Функциональное назначение простой медицинской услуги | Диагностическое  Лечебное |
| Оснащение | Жидкое мыло  Дозаторы мыла и кожного антисептика  Часы с секундной стрелкой  Теплая проточная вода (35-40 гр.)  Чистые сухие полотенца однократного применения  Антисептическое средство  Стерильный уретральный мягкий катетер Пинцеты анатомические, корнцанг, перчатки нестерильные, перчатки стерильные  Клеенка, пеленка, судно, емкость с антисептическим раствором для подмывания  Контейнеры с дезинфицирующими растворами  Емкости для отходов  Ширма |
| Алгоритм выполнения процедуры | 1. Представиться пациенту, установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом, объяснить ход и цель предстоящей процедуры, получить его согласие.  2.Обеспечить полную изоляцию пациента, при необходимости поставить ширму.  3.Положить под пациента клеенку с пеленкой.  4.Уложить пациента на спину, ноги согнуть в коленях и слегка развести в стороны.  5.Поставить емкость для сбора мочи между ног пациента.  6..Обработать руки гигиеническим способом, осушить, обработать антисептическим средством, дать высохнуть, надеть нестерильные перчатки.  7.Подготовить оснащение для подмывания пациента, провести подмывание.  8.Обработать руки гигиеническим способом после процедуры подмывания.  9.Подготовить оснащение для катетеризации.  10.Надеть стерильные перчатки, маску.  11.Взять стерильным пинцетом, зажатым в правой руке, катетер на расстоянии 5-7 см. от его клюва (клюв катетера опущен вниз), обвести конец катетера под кистью и зажать между четвертым и пятым пальцами (катетер располагается под кистью в виде дуги). Необходимое условие: соблюдать стерильность катетера на расстоянии 20 см.  12.Облить катетер стерильным вазелиновым маслом на длину 15-20 см. над лотком.  13.Ввести катетер пинцетом, первые 4-5 см, удерживая первым- вторым пальцами левой руки, фиксирующими головку полового члена.  14.Перехватить пинцетом катете на 3-5 см. от головки и медленно погружать в мочеиспускательный канал на длину 18-20 см. до появления струи мочи.  15.Опускать одновременно половой член мужчины.  16.Погрузить наружный конец катетера в емкость для сбора мочи.  17.Выпустить самотеком мочу до появления капель мочи.  18.Надавить левой рукой на переднюю брюшную стенку над лобком, одновременно извлекая катетер. Обеспечить обмывание мочеиспускательного канала остатками мочи.  19.Сбросить катетер в емкость для последующей дезинфекции.  20.Обеспечить физический и психический покой пациенту.  21.Убрать пеленку и клеенку и поместить в непромокаемый мешок для последующей транспортировки к месту дезинфекции.  22.Снять перчатки, погрузить в емкость для последующей дезинфекции.  23.Вымыть руки гигиеническим способом, осушить.  24.Сделать запись в медицинской документации о выполнении процедуры, реакции пациента на процедуру, ее эффективность |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за центральными и периферическими катетерами»

|  |  |
| --- | --- |
| Содержание, требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения |
| Функциональное назначение простой медицинской услуги | Диагностика заболеваний  Лечение заболеваний  Профилактика заболеваний |
| Оснащение | Столик манипуляционный  Стерильный лоток  Стерильный пинцет  Стерильный шприц , емкостью 10 мл.  Стерильные заглушки  Стерильная пеленка  Стерильные салфетки  Стерильные тампоны  Гепаринизированный раствор (0,01 мл. гепарина на 1мл. физраствора  Раствор хлоргексидина 0,5%-2%, растворенный в 70% этиловам спирте  Стерильная прозрачная повязка или пленка  Кожный спиртовой антисептик  Контейнеры с дезинфицирующими растворами  Емкость для отходов класса Б  Печатки стерильные  Маска, шапочка |
| Алгоритм выполнения процедуры | Алгоритм проведения ухода за центральными и периферическими катетерами  2.Представиться пациенту, установить доверительные конфиденциальные отношения, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, получить его согласие.  2.Надеть маску и шапочку  3.Приготовит и доставить манипуляционный столик в палату с размещенным на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи места проведения манипуляции  3. Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лежа на спине без подушки, голову отвернуть в противоположное положение  4.Освободить от одежды место постановки катетера  4.Вымыть руки гигиеническим способом  5.Обработать руки кожным антисептиком. Не сушить, дать высохнуть  6.Надеть стерильные перчатки  7.Осмотреть через прозрачную повязку кожу в месте введения катетера, есть ль покраснение, припухлости  8..Набрать в 10 мл. шприц раствор натрия хлорида 0,9%  9.Закрыть линии ЦВК специальными зажимами, которые входят в состав катетера.  Заглушки для ЦВК и ПВК стерильные и одноразовые. Для закрытия катетера использовать новую стерильную заглушку  10.Обработать разъем катетера салфеткой, смоченной антисептиком – 15 вращательных движений  11.Если ранее в катетер был введен «гепариновый» замок, его необходимо вытянуть, подсоединив 10 мл. шприц с раствором хлорида натрия 0,9% 5 мл. и потянуть поршень на себя  12.Чтобы убедится, что катетер проходим, к разъему необходимо подсоединить 10 мл. шприц с раствором хлорида натрия 0,9% 5 мл., открыть зажим и потянуть поршень на себя ( появилась кровь), ввести раствор в катетер, закрыть зажим.  13.Для постановки «гепаринового» замка необходимо подсоединить к катетеру 10 мл. шприц с гепаринизированным раствором, равным объему катетера, снять заглушку и ввести раствор в разъем катетера, закрыть заглушку.  14.Обработать разъем катетера салфеткой, смоченной антисептиком – 15 вращетельных движений.  15.Закрыть разъем катетера новой стерильной заглушкой, не прикасаясь к внутренней части заглушки  16.Положить использованный материал в емкость для отходов класса Б  17.Использованные перчатки положить в емкость с дезинфицирующим средством  18.Вымыть руки гигиеническим способом  19.Уточнить у пациента о его самочувствии  20.Сделать запись в медицинской документации о выполнении процедуры |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Введение лекарственных средств с помощью клизмы»

|  |  |
| --- | --- |
| Содержание, требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения |
| Функциональное назначение простой медицинской услуги | Лечение заболеваний |
| Оснащение | Грушевидный баллон емкостью 150 мл.  Газоотводная трубка  Вазелин  Шпатель  Лекарственные средства по назначению врача  Штатив для капельного введения растворов  Система для капельного вливания  Клеенка  Пеленка  Фартук влагонепроницаемый  Салфетки  Лоток  Пинцет  Емкость для отходов класса Б  Контейнеры с дезинфицирующими растворами  Перчатки нестерильные |
| Алгоритм выполнения процедуры | Алгоритм выполнения простой медицинской услуги «Введение лекарственных средств с помощью клизм»  1.Иденцифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель предстоящей процедуры, получить согласие.  2. Приготовить необходимое оснащение  3.Обеспечить пациенту полную изоляцию, при необходимости поставить ширму.  4.Попросить пациента лечь на левый бок с прижатыми к животу ногами, при необходимости помочь ему.  5.Под ягодицы пациента положить клеенку и пеленку.  6.Обработать руки гигиеническим способом.  7.Набрать в грушевидный баллон лекарственное средство (температура 37-38 градусов), в количестве, назначенном врачом.  8.Закругленный конец газоотводной трубки смазать вазелином на расстоянии 30 сантиметров.  9.Взять газоотводную трубку 1 и 2 пальцами правой рукой, как писчее перо, а 4 и 5 пальцами зажать дистальный конец трубки.  10.1 и 2 пальцами левой руки раздвинуть ягодицы и ввести трубку на 3-4 см. по направлению к пупку, а остальное вдоль позвоночника.  11.Подсоединить грушевидный баллон с лекарственным средством и медленно ввести лекарство в прямую кишку.  12.Не разжимая грушевидный баллон, отсоединить его от газоотводной трубки и осторожно убрать ее из прямой кишки.  13. При капельном введении, ввести наконечник в прямую кишку и отрегулировать количество капель в минуту.  14. Использованный материал сложить в емкости для отходов класса Б.  15.Снять перчатки и положить их в контейнеры, заполненные дезинфицирующим раствором  16. Обработать руки гигиеническим способом, осушить, обработать антисептическим средством и дать высохнуть.  17.Уточнитьу пациента о его самочувствии  18. Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Введение кислорода через пеногаситель»

|  |  |
| --- | --- |
| Содержание, требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения |
| Функциональное назначение простой медицинской услуги | Лечение заболеваний |
| Оснащение | Стерильный катетер  Пеногаситель (96% этиловый спирт)  Источник кислорода с расходомером  Стерильный глицерин  Лейкопластырь  Перчатки  Контейнеры с дезинфицирующими средствами  Емкости для сбора отходов класса Б |
| Алгоритм выполнения процедуры | Алгоритм выполнения простой медицинской услуги «Введение кислорода через пеногаситель»  1.Иденцифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель предстоящей процедуры, получить согласие.  2. Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры, получить его согласие.  3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить, обработать антисептическим средством и дать высохнуть.  4.Надеть перчатки  5. Вскрыть упаковку, извлечь катетер и смочить его стерильным глицерином.  6.Ввести катетер в нижний носовой ходна глубину, равную расстоянию от мочки уха до крыльев носа.  7.Зафиксировать катетер лейкопластырем, чтобы он не выпал и не причинил неудобств.  8.Прикрепить катетер к источнику кислорода подсоединенного к аппарату Боброва, заполненного 96% этиловым спиртом.  9.Обеспечить достаточную свободу движений катетера и кислородных трубок и прикрепить их к одежде безопасной булавкой.  10..Проверять состояние катетера через каждые 8 часов.  11.Осматривать слизистую носа пациента для выявления ее возможного раздражения.  12.Порле окончания процедуры, положить использованный материал в емкости, использованное оснащение в емкости с дезинфицирующими растворами.  13.Перчатки снять, положить их в контейнер  14. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  15.Уточнитьу у пациента о его самочувствии.  15. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Внутривенное введение лекарственного препарата (струйно)»

|  |  |
| --- | --- |
| **Требования по реализации** | **Алгоритм выполнения** |
| **Подготовка к процедуре** | Подготовить все необходимое (Лоток стерильный и нестерильный, нестерильные ножницы или пинцет, пилочка, контейнер для утилизации отходов класса Б, антисептический раствор для обработки инъекционного поля, обработки шейки ампулы, резиновой пробки флакона, антисептик для обработки рук, дез. средство, стерильные салфетки, перчатки нестерильные, перчатки стерильные, жгут венозный, шприц инъекционный от 10 до 20 мл, система для в/в вливания однократного применения, игла инъекционная, стойка-штатив, подушечка из влагостойкого материала, емкости для дезинфекции, маска, лейкопластырь) |
| **Идентификация пациента, установление контакта** | Поприветствовать пациента, представиться с указанием ФИО, должности.  Уточнить ФИО пациента и как к нему можно обратиться.  Объяснить пациенту ход манипуляции, получить информированное согласие. Уточнить переносимость лекарственного препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. |
| **Выполнение процедуры** | Взять упаковку лекарственного препарата и проверить пригодность (прочитать наименование, дозу, срок годности, внешний вид). Сверить назначения врача. |
| Придать пациенту удобное положение: сидя или лежа. |
| Обработать руки гигиеническим способом, высушить. |
| Обработка рук кожным антисептиком согласно Европейского стандарта ЕN 1500. Дождаться полного высыхания. |
| Надеть нестерильные перчатки. |
| Подготовить шприц (срок годности, герметичность упаковки). |
| Набрать лекарственный препарат в шприц из ампулы  Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, пригодность.  Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в её широкой части.  Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептиком. Вскрыть ампулу.  Набрать лекарственный препарат в шприц из ампулы.  Выпустить из шприца воздух.  Набрать лекарственный препарат в шприц из флакона, закрытого алюминиевой крышкой  Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, пригодность.  Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, закрывающего резиновую пробку.  Протереть резиновую крышку флакона спиртовкой.  Ввести иглу под углом 90o во флакон, перевернуть его, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата.  Извлечь иглу из флакона, заменить на новую, проверить её проходимость. |
| Положить шприц и спиртовые шарики в стерильный лоток. |
| Пропальпировать место предполагаемой инъекции (область локтевой ямки). |
| При выполнении венепункции в область локтевой ямки – предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего под локоть пациента подложить клеенчатую подушечку. |
| Наложить жгут (на одежду или пеленку), так, чтобы пальпировался пульс на ближайшей артерии. Попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак. |
| Надеть нестерильные перчатки. |
| Обработать место инъекции дважды, стерильными спиртовыми шариками, движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену. |
| Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху. |
| Другой рукой натянуть кожу в области венепункции. (иглу держать срезом вверх, глубина введения ½ длины иглы до «ощущения попадания в пустоту») |
| Потянуть поршень на себя – убедиться, что игла в вене. |
| Развязать или ослабить жгут. |
| Попросить пациента разжать кулак. |
| Еще раз потянуть поршень на себя (убедиться, что игла в вене .) |
| Ввести лекарственный препарат в вену медленно, оставляя незначительное количество в шприце. |
| Прижать к месту инъекции салфетку, смоченную антисептическим раствором. |
| Извлечь иглу. |
| Держать салфетку у места инъекции 5-7 минут (согнуть руку в локтевом сгибе или забинтовать место инъекции). |
| Убедится, что нет наружного кровотечения. |
| Подвергнуть весь расходуемый материал дезинфекции. |
| Обработать руки гигиеническим способом, осушить. |
| Уточнить самочувствие пациента. |
| Сделать запись в медицинскую документацию. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Взятие мазка из зева»

|  |  |
| --- | --- |
| Требования по реализации | Алгоритм выполнения |
| Подготовка к процедуре | Подготовить все необходимое (стерильный шпатель, стерильная пробирка с меткой «З» (зев), и с проволочной петлей и накрученной на конце ватой, направление, контейнер для транспортировки, антисептическое средство для обработки рук, перчатки, маска, шпатель, карандаш по стеклу) |
| Идентификация пациента, установление контакта | Поприветствовать пациента, представиться с указанием ФИО, должности.  Уточнить ФИО пациента и как к нему можно обратиться.  Объяснить пациенту ход обследования, получить согласие.  Провести инструктаж о правилах подготовки к исследованию (утром, натощак, за 2 часа до обследования не принимать пищу, воду, не чистить зубы) |
| Обработка рук | Обработка рук кожным антисептиком согласно Европейского стандарта ЕN 1500. Надеть перчатки, маску. |
| Выполнение процедуры | Провести регистрацию направления. |
|  | Усадить пациента лицом к свету. |
| Взять в левую руку шпатель и пробирку с проволочной петлей и накрученной на нее ватой. |
| Предложить пациенту открыть рот. |
| Надавить шпателем на корень языка, а правой рукой извлечь из пробирки за пробку стерильную петлю. |
| Ввести петлю в ротоглотку. |
| Взять мазок петлей с небных миндалин, дужек и задней стенки глотки на границе здоровых и воспаленных тканей, не касаясь слизистой оболочки рта. |
| Ввести петлю в пробирку и поставить ее в штатив. |
| Провести маркировку бланка и пробирки карандашом по стеклу. |
| Установить пробирку в контейнер для транспортировки в вертикальном положении. |
| Подвергнуть весь расходуемый материал дезинфекции. |
| Обработать руки гигиеническим способом, осушить. |
| Уточнить самочувствие пациента. |
| Сделать запись в медицинскую документацию. |
| Доставить мазок из зева в лаборатории. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Внутримышечное введение лекарственного препарата»

|  |  |
| --- | --- |
| Требования по реализации | Алгоритм выполнения |
| Подготовка к процедуре | Подготовить все необходимое (шприц одноразовый емкость от 5 до 10 мл, 2 стерильные иглы длиной 38-40 мм, лоток стерильный и нестерильный, нестерильные ножницы или пинцет, пилочка, контейнер для утилизации отходов класса Б, антисептический раствор для обработки инъекционного поля, обработки шейки ампулы, резиновой пробки флакона, антисептик для обработки рук, дез. средство, стерильные салфетки, перчатки нестерильные ) |
| Идентификация пациента, установление контакта | Поприветствовать пациента, представиться с указанием ФИО, должности.  Уточнить ФИО пациента и как к нему можно обратиться.  Объяснить пациенту ход манипуляции, получить информированное согласие. Уточнить переносимость лекарственного препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. |
| Выполнение процедуры | Взять упаковку лекарственного препарата и проверить пригодность (прочитать наименование, дозу, срок годности, внешний вид). Сверить назначения врача. |
| Придать пациенту удобное положение: в зависимости от состояния пациента. |
| Обработать руки гигиеническим способом, высушить. |
| Обработка рук кожным антисептиком согласно Европейского стандарта ЕN 1500. Дождаться полного высыхания. |
| Надеть перчатки. |
| Подготовить шприц (срок годности, герметичность упаковки). |
| Набрать лекарственный препарат в шприц из ампулы  Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, пригодность.  Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в её широкой части.  Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептиком. Вскрыть ампулу.  Набрать лекарственный препарат в шприц из ампулы.  Выпустить из шприца воздух.  Набрать лекарственный препарат в шприц из флакона, закрытого алюминиевой крышкой  Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, пригодность.  Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, закрывающего резиновую пробку.  Протереть резиновую крышку флакона спиртовкой.  Ввести иглу под углом 90o во флакон, перевернуть его, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата.  Извлечь иглу из флакона, заменить на новую, проверить её проходимость. |
| Положить шприц и спиртовые шарики в стерильный лоток. |
| Пропальпировать место предполагаемой инъекции (наружная поверхность плеча, наружная и передняя поверхность бедра в верхней и средней трети, верхний наружный квадрант ягодицы). |
| Обработать место инъекции дважды, стерильными спиртовыми шариками. |
| Туго натянуть кожу в месте инъекции большим и указательным пальцами одной руки. |
| Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем. |
| Ввести иглу под углом 90о на 2/3 длины иглы. |
| Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не попала в сосуд. |
| Медленно ввести препарат. |
| Извлечь иглу, прижать к месту инъекции шарик с кожным антисептиком, массируя место введения (при введении гепарина место введения не массировать). |
| Подвергнуть весь расходуемый материал дезинфекции. |
| Обработать руки гигиеническим способом, осушить. |
| Уточнить самочувствие пациента. |
| Сделать запись в медицинскую документацию. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Измерение артериального давления на периферических артериях»

|  |  |
| --- | --- |
| Требования по реализации | Алгоритм выполнения |
| Подготовка к процедуре | Подготовить все необходимое (прибор для измерения АД, стетофонендоскоп, антисептическое средство для обработки рук) |
| Идентификация пациента, установление контакта | Поприветствовать пациента, представиться с указанием ФИО, должности.  Уточнить ФИО пациента и как к нему можно обратиться.  Объяснить пациенту ход манипуляции, получить согласие. |
| Обработка рук | Обработка рук кожным антисептиком согласно Европейского стандарта ЕN 1500 |
| Выполнение процедуры | Придать пациенту удобное положение. |
| Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца. |
| Наложить манжету тонометра на плечо пациента. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца, а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки. |
| Наложить два пальца левой руки на предплечье в месте прощупывания пульса. |
| Другой рукой закрыть вентиль груши прибора для измерения артериального давления. Постепенно произвести нагнетание воздуха грушей тонометра до исчезновения пульса. Этот уровень давления, зафиксированный на шкале тонометра, соответствует систолическому давлению. |
| Спустить воздух из манжеты тонометра и подготовить прибор для повторного накачивания воздуха. |
| Мембрану стетофонендоскопа поместить у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к коже, но, не прилагая для этого усилий. |
| После фиксации мембраны быстро накачать манжету до уровня, превышающего полученный результат на 30 мм рт.ст. |
| Сохраняя положение стетофонендоскопа, начать спускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм рт.ст. за секунду. |
| Запомнить по шкале на тонометре появление первого тона – это систолическое давление, значение которого должно совпадать с оценочным давлением, полученным пальпаторным путем по пульсу. |
| Отметить по шкале на тонометре прекращение громкого последнего тона – это диастолическое давление. Для контроля полного исчезновения тонов продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона |
| Снять манжету прибора для измерения артериального давления с руки пациента. |
| Сообщить пациенту результат измерения артериального |
| Обработать мембрану стетоскопа дез. средством. |
| Провести гигиеническую обработку рук |
| Записать результаты в медицинскую документацию. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Введение лекарственного препарата с помощью карманного ингалятора»

|  |  |
| --- | --- |
| Требования по реализации | Алгоритм выполнения |
| Подготовка к процедуре | Подготовить все необходимое (ингалятор, антисептическое средство для обработки рук, перчатки) |
| Идентификация пациента, установление контакта | Поприветствовать пациента, представиться с указанием ФИО, должности.  Уточнить ФИО пациента и как к нему можно обратиться.  Объяснить пациенту ход манипуляции, получить согласие. |
| Обработка рук | Обработка рук кожным антисептиком согласно Европейского стандарта ЕN 1500 |
| Надеть перчатки. |
| Выполнение процедуры | Придать пациенту удобное положение (голова слегка запрокинута назад). |
| Снять с баллончика защитный колпачок, повернув баллончик вверх дном. |
| Баллончик хорошо встрянуть. |
| Пациент должен сделать глубокий выдох. |
| Баллончик с аэрозолем взять в руку и обхватить губами мундштук |
| Сделать глубокий вдох и одновременно сильно нажать на дно баллончика: в этот момент выдается доза аэрозоля |
| Задержать дыхание на 5-10 сек, затем вынуть мундштук изо рта и сделать медленный выдох (если глубокий вдох в результате тяжести состояния больного невозможен, то первая доза аэрозоля распыляется в полости рта); |
| После ингаляции надеть на баллончик защитный колпачок. |
| Количество доз аэрозоля определяет врач. После вдыхания глюкокортикоидов больной должен прополоскать рот водой для профилактики развития кандидоза полости рта. |
| Провести гигиеническую обработку рук |
| Записать результаты в медицинскую документацию. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Измерение окружности грудной клетки взрослого пациента»

|  |  |
| --- | --- |
| Требования по реализации | Алгоритм выполнения |
| Подготовка к процедуре | Подготовить все необходимое (сантиметровая лента, антисептическое средство для обработки) |
| Идентификация пациента, установление контакта | Поприветствовать пациента, представиться с указанием ФИО, должности.  Уточнить ФИО пациента и как к нему можно обратиться.  Объяснить пациенту ход манипуляции, получить согласие. |
| Обработка рук | Обработка рук кожным антисептиком согласно Европейского стандарта ЕN 1500. Дождаться полного высыхания. |
| Выполнение процедуры | Придать пациенту удобное положение: освободить грудную клетку от одежды и принять положение сидя или стоя (в зависимости от состояния). |
| Предложить пациенту слегка отвести руки назад. |
| Наложить сантиметровую ленту сзади – по нижним углам лопаток, спереди – по четвертому ребру. |
| Определить по ленте значение окружности грудной клетки (слегка прижать мягкие ткани). |
| Проделать измерение 3 раза (в покое, на максимальном вдохе, на максимальном выдохе). |
| Сообщить пациенту результат. |
| Поместить сантиметровую ленту в емкость для дезинфекции. |
| Обработать руки гигиеническим способом. |
| Записать результаты в медицинскую документацию. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Определение уровня глюкозы в крови экспресс-методом»

|  |  |
| --- | --- |
| Требования по реализации | Алгоритм выполнения |
| Подготовка к процедуре | Подготовить все необходимое (набор для измерения уровня глюкозы в крови: глюкометр, тест-полоски, устройство для прокалывания кожи, ланцет; контейнер для утилизации отходов класса Б, антисептический раствор для обработки кожи фаланг пальцев, антисептик для обработки рук, дез. средство, перчатки нестерильные ) |
| Идентификация пациента, установление контакта | Поприветствовать пациента, представиться с указанием ФИО, должности.  Уточнить ФИО пациента и как к нему можно обратиться.  Объяснить пациенту ход манипуляции, получить информированное согласие. . В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. |
| Выполнение процедуры | Придать пациенту удобное положение: в зависимости от состояния пациента. |
| Снять защитный колпачок с устройства для прокалывания кожи. |
| Установить ланцет в держатель для ланцета. |
| Нажать на ланцет до упора, должен быть услышан щелчок. |
| Снять защитный колпачок с ланцета скручивающим движением. |
| Установить на место защитный колпачок устройства для прокалывания кожи, должен быть услышан щелчок. |
| Убедиться, что выемка на защитном колпачке устройства совмещена с центром полукруглого выреза на сдвигающемся секторе удаления ланцета. |
| Установить необходимую глубину прокола кожи: поворачивая колпачок, установить глубину прокола «З». |
| Нажать кнопку взвода на устройстве для прокалывания кожи до упора: в прозрачном окошке кнопки спуска должен появиться желтый глазок. |
| Прочитать код на упаковке с тест-полосками. |
| Взять одну тест-полоску и сразу закрыть флакон крышкой. |
| Ввести тест-полоску в специальную зону на глюкометре до упора. |
| Убедиться, что поле для принятия крови обращено вверх. |
| Сравнить код, появившийся на глюкометре с кодом на упаковке с тест-полосками. |
| Увидеть на экране мигающий символ капли крови. |
| Обработать руки гигиеническим способом, высушить. |
| Обработка рук кожным антисептиком согласно Европейского стандарта ЕN 1500. Дождаться полного высыхания. |
| Надеть перчатки. |
| Выбрать место для прокола кожи (2,3,4 палец руки). |
| Обработать кожу фаланги пальца салфеткой, смоченной антисептиком. |
| Дождаться высыхания антисептика. |
| Увидеть на экране мигающий символ капли крови. |
| Плотно прижать устройство для прокалывания кожи к боковой поверхности пальца. |
| Нажать на кнопку спуска (прокол осуществляется автоматически). |
| Отвести устройство от пальца руки. |
| Подвести палец к боковому краю тест-полоски при появлении объемной капли крови. |
| Необходимое крови втягивается автоматически. |
| Сухой стерильный ватный шарик приложить к месту прокола. |
| Через 4-5 сек на экране глюкометра появится результат (норма глюкозы натощак капиллярной крови 3,33 – 5,5 ммоль/л). Показать результат пациенту. |
| Извлечь тест-полоску из глюкометра. |
| Подвергнуть весь расходуемый материал дезинфекции. |
| Обработать руки гигиеническим способом, осушить. |
| Уточнить самочувствие пациента. |
| Сделать запись в медицинскую документацию. |

# Технология выполнения простой медицинской услуги «Подкожное введение лекарственного препарата»

|  |  |
| --- | --- |
| Требования по реализации | Алгоритм выполнения |
| Подготовка к процедуре | Подготовить все необходимое (шприц одноразовый емкость от 1 до 5 мл, 2 стерильные иглы длиной 25 мм, лоток стерильный и нестерильный, нестерильные ножницы или пинцет, пилочка, контейнер для утилизации отходов класса Б, антисептический раствор для обработки инъекционного поля, обработки шейки ампулы, резиновой пробки флакона, антисептик для обработки рук, дез. средство, стерильные салфетки, перчатки нестерильные ) |
| Идентификация пациента, установление контакта | Поприветствовать пациента, представиться с указанием ФИО, должности.  Уточнить ФИО пациента и как к нему можно обратиться.  Объяснить пациенту ход манипуляции, получить информированное согласие. Уточнить переносимость лекарственного препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. |
| Выполнение процедуры | Взять упаковку лекарственного препарата и проверить пригодность (прочитать наименование, дозу, срок годности, внешний вид). Сверить назначения врача. |
| Придать пациенту удобное положение: сидя или лежа (в зависимости от состояния пациента). |
| Обработать руки гигиеническим способом, высушить. |
| Обработка рук кожным антисептиком согласно Европейского стандарта ЕN 1500. Дождаться полного высыхания. |
| Надеть перчатки. |
| Подготовить шприц (срок годности, герметичность упаковки). |
| Набрать лекарственный препарат в шприц из ампулы  Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, пригодность.  Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в её широкой части.  Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептиком. Вскрыть ампулу.  Набрать лекарственный препарат в шприц из ампулы.  Выпустить из шприца воздух.  Набрать лекарственный препарат в шприц из флакона, закрытого алюминиевой крышкой  Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, пригодность.  Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, закрывающего резиновую пробку.  Протереть резиновую крышку флакона спиртовкой.  Ввести иглу под углом 90o во флакон, перевернуть его, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата.  Извлечь иглу из флакона, заменить на новую, проверить её проходимость. |
| Положить шприц и спиртовые шарики в стерильный лоток. |
| Пропальпировать место предполагаемой инъекции (наружная поверхность плеча, наружная и передняя поверхность бедра в верхней и средней трети, подлопаточная область, передняя брюшная стенка). |
| Обработать место инъекции дважды, стерильными спиртовыми шариками. |
| Собрать кожу в складку в треугольник основанием вниз. |
| Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем. |
| Ввести иглу под углом 45о на 2/3 длины иглы. |
| Потянуть поршень на себя , чтобы убедиться, что игла не попала в сосуд. |
| Медленно ввести препарат. |
| Извлечь иглу, прижать к месту инъекции шарик с кожным антисептиком, массируя место введения (при введении гепарина место введения не массировать). |
| Подвергнуть весь расходуемый материал дезинфекции. |
| Обработать руки гигиеническим способом, осушить. |
| Уточнить самочувствие пациента. |
| Сделать запись в медицинскую документацию. |