

## НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНА КАРТА

Предмет з медсестринства у внутрішній медицині.

Для III курсу сестринська справа

відділення

Заняття № 12 Практичне

Теоретичне

Тема заняття: Робота медичної сестри в поліклінічному відділенні та стаціонарі терапевтичного профілю ЛПЗ: робота в кабінеті функціональної діагностики.

### **Мета заняття**

- а) **навчальна** Оволодіти методикою роботи в поліклінічному відділенні: підготовки пацієнтів та участь у проведенні запису ЕКГ, визначенні функції зовнішнього дихання.
- б) **виховна** Виховати відчуття відповідальності до обраної професії, чуйне ставлення до пацієнтів.

### **Міжпредметні зв'язки:**

а) **які забезпечують інші предмети:** анатомія, фізіологія, пат анатомія, патфізіологія, фармакологія.

б) **які забезпечуються іншими предметами:** терапія, хірургія, акушерство, гінекологія.

### **Забезпечення заняття:**

а) **наочні посібники** інструктивні картки, алгоритми, картки тестового контролю, задачі, результати спірометрії, спірографії, пневмотахометрії, плівки ЕКГ.

б) **технічні засоби навчання** термометр, температурний лист, ЕКГ апарат, спірометр.

в) **роздатковий матеріал** інструктивні картки, алгоритми, картки тестового контролю, задачі.

### **г) література:**

**основна** Конспект.

**додаткова** В. С. Тарасюк «Алгоритми з практичних навичок»

д) **місце проведення заняття** стаціонар: ЕКГ, кабінети функціональної діагностики, учбова кімната.



1	2	3
3	Визначення нової теми	
	(називається тема, навчальна мета і мотивація)	
	Робота медичної сестри в поліклінічному відділенні	
	та стаціонарі терапевтичного профілю ЛПЗ: робота	
	в кабінеті функціональної діагностики.	
	ПЛАН:	
	1. Підготовка пацієнта та участь у проведенні запису	
	ЕКГ.	
	2.Визначенні функції зовнішнього дихання: спіро-	
	метрії, спірографії, пневмотахометрії.	
	3.Дотримання правил техніки безпеки, охорони пра-	
	ці.	
	4.Дотримування правил особистої гігієни м/с.	



**Інструктивна карта**  
**для проведення практичного заняття**  
**З медсестринства у внутрішній медицині № 12, 4 год (академічних години)**  
**для III курсу сестринська справа відділення**

**I. Тема:** Робота медичної сестри в поліклінічному відділенні та стаціонарі терапевтичного профілю ЛПЗ: робота в кабінеті функціональної діагностики.

**II. Мета:** студенти повинні (відповідно кваліфікаційній характеристиці)  
**знати:**

1. Підготувати пацієнта для проведення запису ЕКГ.
2. Підготувати пацієнта до визначення функції зовнішнього дихання.

**уміти:**

1. Підготувати пацієнта та участь М/С у проведенні запису ЕКГ.
2. Підготувати пацієнта до визначення функції зовнішнього дихання: спірометрії, спірографії, пневмотахометрії.
3. Вміти дотримуватись правил техніки безпеки

**III. Обладнання:**

Тонometr, фонендоскоп, ЕКГ апарат, спірометр.

**IV. Питання для повторення**

1. Для чого використовується ЕКГ?
2. Як правильно провести спірометрію?

**V. Хід роботи:**

1. Підготовка пацієнта для проведення запису ЕКГ.
2. Підготовка пацієнта до проведення спірометрії.
3. Підготовка пацієнта до проведення спірографії.
4. Підготовка пацієнта до проведення до пневмотахометрії.

# Зондовий метод дослідження секреторної функції шлунка з парентеральним подразником

В нормі в шлунку натще міститься до 50 мл секрету.

Загальна кислотність - 10 ОД, вільна соляна кислота - відсутня.

## Підготовка

1. Провести психологічну підготовку хворого.
2. Дослідження проводиться натще.
3. Посадити хворого на стілець ( так, щоб хворий спиною впирався в спинку стільця).
4. Шю, груди накрити рушником — дати в руки лоток ( для слини ).
5. Вийняти протези.
6. Мед.сестра — вимити руки — витерти — обробити 70% спирт — стерильні гумові рукавички.

## Виконання

1. Тонкий стерильний зонд — виміряти відстань ( від різців до пупка ) не торкаючись одягу ( стоячи ).
2. Зонд змочити теплою перекип'яченою водою.
3. Хворий широко відкриває рот — висуває язик — " А-а-а " — кінець зонда покласти хворого на корінь язика — стиснути губи — зробити ковток.
4. Дихає носом — ковток — мед.сестра вводить зонд без сили.
5. Позиви на блювання — припинити введення — хворий глибоко дихає носом.
6. Ковтнути зонд до відповідної мітки — приєднати до зовнішнього кінця шприц 20 мл і відсмоктати вміст протягом 10 хв — злити у пробірку ( ємність 200 мл ) - **I порція** — шлунковий вміст " **натще** ".
7. Через 15 хв. відсмоктати - II - 15 хв. - III - 15 хв. порції — злити у пробірки - — зробити позначки.
8. Після III порції — підшкірно ввести 1 мл 1% розчину димедролу ( щоб уникнути алергічної реакції на гістамін ).
9. Відсмоктати ще 2 порції (IV та V ) через 15 хв.

### II, III, IV, V порції - базальна секреція

10. Після V порції — підшкірно ввести 0,1% розчин гістаміну ( 0,08 мл x 10 кг маси тіла, але не більше 0,5 мл ).

Гістамін - збудник шлункової секреції.

11. Протягом 1 год. зібрати ще 4 порції ( через 15 хв. - VI, VII, VIII, IX порції).

### VI, VII, VIII, IX порції- стимульована ( максимальна) секреція

11. Видалити зонд — продезінфікувати.

12. Пронумерувати пробірки ( флакони ) — етикетки ( П.І.П., назва відділення, № палати, підпис лікаря ) — відправити 9 порцій в лабораторію ( визначають загальну кількість секрету, загальну кислотність, вільну соляну кислоту ).

# Беззондовий метод дослідження секреторної функції шлунка за допомогою методики "Ацидотест"

Використовують при протипоказанні до зондового методу.

Барвник ( жовті драже ) — в шлунку звільняється + ентеральний подразник ( кофеїн - білі таблетки ) — виділяється з сечею ( рожевий - червоний колір ).

## Виконання

1. Вранці хворий звільняє сечовий міхур в туалет.
2. Прийняти 2 табл. кофеїну ( ентеральний подразник ).
3. Через 1 год. — звільнити сечовий міхур — банка " Контрольна порція сечі ".
4. Прийняти 3 жовті драже.
5. Через 1 - 1,5 год. — звільнити сечовий міхур — банка " Сеча для дослідження ".
6. В лабораторію.
7. За допомогою спектру визначити кислотність шлунку ( від рожевого до червоного кольору ).

# Алгоритм виконання практичного навичку

## Дуоденальне зондування

Послідовність	Зміст	Примітка
Мета	<ul style="list-style-type: none"> <li>- лікувальна</li> <li>- діагностична</li> </ul>	
Показання	Призначення лікаря.	
Протипоказання	<p>Визначає лікар : гострий холецистит, загострення виразкової хвороби шлунка, дванадцятипалої кишки, звуження стравоходу, варикозне розширення вен стравоходу, вагітність, серцева декомпенсація.</p>	
Місце виконання	Кабінет зондування.	
Підготувати необхідне	<p>Стерильні : гумові рукавички, маска, ватні кульки, марлеві серветки, лоток, дуоденальний зонд, скляна трубка - перехідник, гумова трубка довжиною 40-50 см для продовження зонда, шприци ємністю 2, 10 мл з голками, шприц 20 мл – без голки, пробірка з пробкою.</p> <p>Штатив з пробірками або флакони, грілка, валик із ковдри або подушки, ентеральні подразники : 33% розчин магію сульфату 40-60 мл, 40% розчин глюкози – 50 мл, 40% розчин ксиліту або сорбіту – 50 мл, кукурудзяна олія – 50 мл; спазмолітики : но-шпа, платифілін в ампулах, 70° етиловий спирт у флаконі, ємності з дезрозчинами, фартух, водяна баня, водний термометр.</p>	
Алгоритм виконання	<p>Психологічно підготуйте пацієнта до виконання маніпуляції, отримайте згоду на її проведення.</p> <p>Уточніть у пацієнта, чи виконав він ваші рекомендації.</p> <p>Запропонуйте пацієнту сісти на стілець так, щоб він упирався спиною в його спинку, шию та груди накрийте фартухом, рушником.</p> <p>Вимийте руки, обробіть спиртом, одягніть маску, гумові рукавички, фартух.</p> <p>Протріть рукавички спиртом.</p> <p>Візьміть тонкий стерильний дуоденальний зонд, відміряйте відстань на яку слід ввести зонд пацієнту. Від різців до пупка – перша мітка на зонді та додайте відстань від різців до мочки вуха – друга мітка на зонді.</p> <p>Змочіть стерильний дуоденальний зонд теплою перекип'яченою водою або дистильованою водою.</p> <p>Запропонуйте пацієнту широко відкрити рот, висунути язика, протяжно вимовити звук "А-а-а".</p> <p>Заокруглений, змочений кінець тонкого зонда покладіть пацієнту на корінь язика та попросіть його зробити ковток.</p> <p>Порадьте пацієнту зробити глибокий вдих носом, за ним ковток. В цей момент обережно введіть зонд у глотку, стравохід і в шлунок ( до першої мітки ) та перевірте, чи він потрапив у шлунок.</p>	<p>Напередодні: медична сестра повинна порекомендувати пацієнту за 2-3 дні до проведення дуоденального зондування виключити з харчового раціону продукти, що сприяють виникненню метеоризму: бобові, капуста, картопля, молоко, чорний хліб, солодощі та інше;</p> <p>- о 18-19 год. дати пацієнту випити атропін у краплях (10 крапель 0,1% розчину атропіну сульфату) в невеликій кількості води;</p> <p>- для покращення відходження жовчі пацієнту перед сном запропонувати з'їсти ложку меду; прикласти теплу грілку на праве підбер'я;</p>

Послідовність	Зміст	Примітка
Заповнити документацію	<p>Далі пацієнту запропонуйте ходити по кімнаті 15-20 хвилин і повільно проковтнути зонд до другої мітки.</p> <p>Покладіть пацієнта на правий бік на кушетку без подушки, під таз покладіть валик, а під праве підребер'я – грілку.</p> <p>Зонд опустіть у флакон або пробірку ( порція А ).</p> <p>Після одержання порції А пацієнта покладіть на спину, присєднайте до зонда циліндр шприца ємністю 20 мл і, використовуючи його як лійку. Залити в нього 40-50 мл підігрітій на водяній бані до температури +38-40°C один із ентеральних подразників.</p> <p>Після введення подразника, зав'яжіть вільний кінець зонда на 5-7 хвилин, протягом яких пацієнт лежатиме на спині.</p> <p>Через 5-7 хвилин розв'яжіть зонд, пацієнта покладіть на правий бік, під бік підкладіть теплу грілку, вільний кінець зонда опустіть у флакон, починає надходити порція В із жовчного міхура.</p> <p>Порцію В ще слід зібрати на лямблії та у стерильну пробірку з пробкою на бактеріологічне дослідження і дослідження на чутливість до антибіотиків.</p> <p>При появі жовчі світло-жовтого кольору, переставте вільний кінець зонда у третій флакон або чисту пробірку – це буде порція С.</p> <p>Після отримання порції С видаліть зонд через рушник.</p> <p>Запитайте пацієнта про його самопочуття.</p> <p>Промаркіруйте флакони відповідно порціям жовчі ( А,В,С ), вкажіть прізвище, ім'я, по батькові пацієнта і доставте флакон в лабораторію у спеціальному ящику.</p> <p>Продезинфікуйте використане оснащення.</p> <p>Зробіть запис про проведення процедури.</p>	<p>- попередити пацієнта, що дослідження проводиться натще;</p> <p>- запропонувати пацієнту взяти з собою рушник.</p> <p>При появі позивів на блювання, пацієнту порадьте зробити глибокий вдих і затримати дихання, затиснувши зонд губами.</p> <p>Поява рідини світло-жовтого кольору свідчить про виділення порції А із дванадцятипалої кишки, яка має лужну реакцію.</p> <p>Порція А – це дуоденальна жовч (суміш жовчі, панкреатичного і кишкового соку); виділяється вона протягом 20-30 хв в середньому об'ємі 15-40 мл.</p> <p>Поява більш густої і в'язкої жовчі темно-маслинового кольору – порція В. Виділяється вона протягом 20-30 хв в середньому об'ємі 30-60 мл.</p> <p>Порції С виділяється 15-20 мл на протязі 20-30 хв. При відсутності виділення першої порції жовчі (порції А), необхідно ввести пацієнту підшкірно один із спазмолітиків (но-шпа, платифілін та ін.), щоб зняти спазм жовчних шляхів і сприяти відтоку жовчі.</p>

# ЗБИРАННЯ ХАРКОТИННЯ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ АТИПОВИХ ( РАКОВИХ ) КЛІТИН

## I. Місце проведення:

стаціонар, домашні умови

## II. Оснащення робочого місця:

1. Чиста суха банка ємністю 250 мл з кришкою.
2. Бланки направлень.
3. Розчини: фурациліну 1:5000, 0,01% перманганату калію, 2% натрію гідрокарбонату.
4. Ящик для транспортування матеріалу.
5. 3% розчин хлораміну в промаркірованій ємності.

## III. Попередня підготовка до виконання навичку:

- підготувати чисту суху банку ємністю 250 мл з кришкою;
- написати направлення, в якому вказати дані

а) для стаціонарного хворого :

б) для амбулаторного хворого

В лабораторію

Аналіз харкотиння на атипові клітини  
Прізвище, ім'я, по батькові ( хворого )  
Відділення стаціонару  
№ палати  
Дата  
Підпис лікаря

В лабораторію

Аналіз харкотиння на атипові клітини  
Прізвище, ім'я, по батькові ( хворого )  
Домашня адреса  
Дата  
Підпис лікаря

- прикріпити супроводжуючу етикетку до банки;
- провести інструктаж хворого про правила збирання харкотиння ;
- для збільшення ймовірності потрапляння пухлинних клітин в харкотиння, бажано попередньо застосувати інгаляції з протеолітичним ферментом трипсином, який сприяє відходженню харкотиння із найбільш глибоких відділів бронхіального дерева.

## IV. Основні етапи виконання навичку:

1. Зняти кришку з чистої сухої банки ємністю 250 мл.
2. Відкашляти харкотиння ( 3 – 5 мл ) у банку.
3. Закрити банку кришкою.
4. Банку поставити у спеціальний ящик. Матеріал негайно доставити до лабораторії, тому що атипові клітини швидко руйнуються.
5. Ящик після використання продезінфікувати дворазовим протиранням полотниною, змоченою у 3% розчині хлораміну.

# ЗБИРАННЯ ХАРКОТИННЯ НА АНТИБІОТИКОГРАМУ (ЧУТЛИВІСТЬ МІКРОФЛОРИ ДО АНТИБІОТИКІВ)

Дане дослідження допоможе виявити збудника захворювання та чутливість його до різних антибіотиків. Від цього залежить ефективність лікування. Збирати харкотиння на антибіотикограму найбільш доцільно до початку лікування хворого антибіотиками.

## I. Місце проведення:

стаціонар, домашні умови

## II. Оснащення робочого місця:

1. Стерильна кишенькова плевальниця з кришкою або стерильна банка ємністю 250 мл з кришкою.
2. Супроводжуюча етикетка.
3. Розчини: фурациліну 1:5000, 0,01% перманганату калію, 2% натрію гідрокарбонату.
4. Ящик для транспортування матеріалу.
5. 3% розчин хлораміну в промаркірованій ємності.

## III. Попередня підготовка до виконання навичку:

- заделегідь взяти з бактеріологічної лабораторії стерильну кишенькову плевальницю з кришкою або стерильну банку ємністю 250 мл з кришкою;
- написати направлення, в якому вказати дані

а) для стаціонарного хворого :

б) для амбулаторного хворого

### В лабораторію

Аналіз харкотиння на антибіотикограму  
Прізвище, ім'я, по батькові ( хворого )  
Відділення стаціонару  
№ палати  
Дата  
Підпис лікаря

### В лабораторію

Аналіз харкотиння на антибіотикограму  
Прізвище, ім'я, по батькові ( хворого )  
Домашня адреса  
Дата  
Підпис лікаря

- прикріпити супроводжуючу етикетку до кишенькової плевальниці або до банки;
- провести інструктаж про правила збирання харкотиння.

## IV. Основні етапи виконання навичку:

1. Зняти кришку з стерильної кишенькової плевальниці або стерильної банки ємністю 250 мл.
2. Відкашляти і швидко сплюнути в стерильний посуд харкотиння, не торкаючись ротом і руками його країв.
3. Закрити плевальницю або банку кришкою.
4. Після збирання матеріал доставити до лабораторії в спеціально призначеному ящику, який після використання продезінфікувати дворазовим протиранням полотниною, змоченою у 3% розчині хлораміну.

# ЗБИРАННЯ ХАРКОТИННЯ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ МІКОБАКТЕРІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

## I. Місце проведення:

стаціонар, домашні умови

## II. Оснащення робочого місця:

1. Стерильна кишенькова плевальниця з кришкою або стерильна банка ємністю 250 мл з кришкою.
2. Супроводжуюча етикетка.
3. Ящик для транспортування матеріалу.
4. 5% розчин хлораміну в промаркірованій ємності.

## III. Попередня підготовка до виконання навичку:

- зазделегідь взяти з бактеріологічної лабораторії стерильну кишенькову плевальницю з кришкою або стерильну банку ємністю 250 мл з кришкою;
- написати направлення, в якому вказати дані

а) для стаціонарного хворого :

б) для амбулаторного хворого

<u>В лабораторію</u> <b>Аналіз харкотиння на БК</b> Прізвище, ім'я, по батькові ( хворого ) Відділення стаціонару № палати Дата Підпис лікаря
---

<u>В лабораторію</u> <b>Аналіз харкотиння на БК</b> Прізвище, ім'я, по батькові ( хворого ) Домашня адреса Дата Підпис лікаря
--

- прикріпити супроводжуючу етикетку до кишенькової плевальниці або до банки.

## IV. Основні етапи виконання навичку:

Мікобактерії туберкульозу виявляються тільки в тому випадку, коли їх кількість в 1 мл харкотиння становить не менше 100 тис., а тому збирати харкотиння для виявлення мікобактерій туберкульозу можна декількома методами:

1. При значному виділенні харкотиння вранці, після туалету ротової порожнини та відкашлювання зібрати харкотиння в стерильну кишенькову плевальницю або стерильну банку, не торкаючись ротом і руками країв.
2. При виділенні малої кількості харкотиння після відкашлювання зібрати його в кишенькову плевальницю або банку, не торкаючись ротом і руками країв протягом 1 – 3 днів. Після кожного спльовування негайно щільно закрити плевальницю або банку кришкою.
3. Зберігати харкотиння на протязі 1 – 3 днів у прохолодному місці ( краще всього у холодильнику ).
4. Матеріал після збирання відправити до лабораторії в спеціально призначеному ящику, який після використання продезінфікувати дворазовим протиранням полотниною, змоченою у 5% розчині хлораміну.

# ЗБИРАННЯ ХАРКОТИННЯ ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО КЛІНІЧНОГО АНАЛІЗУ

Загальний клінічний аналіз передбачає макроскопічне, мікроскопічне та бактеріологічне дослідження харкотиння. При макроскопічному дослідженні харкотиння визначають: кількість, колір, консистенцію, запах, наявність різних домішок. При мікроскопічному дослідженні харкотиння знаходять: епітеліальні клітини, лейкоцити, еозинофіли, еритроцити та інші елементи.

## I. Місце проведення:

стаціонар, домашні умови

## II. Оснащення робочого місця:

1. Чиста суха банка ємністю 250 мл з кришкою.
2. Супроводжуюча етикетка.
3. Розчини: фурациліну 1:5000, 0,01% перманганату калію, 2% натрію гідрокарбонату.
4. Ящик для транспортування матеріалу.
5. 3% розчин хлораміну в промаркірованій ємності.

## III. Попередня підготовка до виконання навичку:

- підготувати чисту суху банку ємністю 250 мл з кришкою;
- написати направлення, в якому вказати дані

а) для стаціонарного хворого :

б) для амбулаторного хворого

### В лабораторію

Загальний клінічний аналіз харкотиння  
Прізвище, ім'я, по батькові ( хворого )  
Відділення стаціонару  
№ палати  
Дата  
Підпис лікаря

### В лабораторію

Загальний клінічний аналіз харкотиння  
Прізвище, ім'я, по батькові ( хворого )  
Домашня адреса  
Дата  
Підпис лікаря

- прикріпити супроводжуючу етикетку до банки;
- для стаціонарного хворого банку з кришкою принести в палату звечора;
- провести інструктаж хворого про правила збирання харкотиння :
  - а) порекомендувати хворому збирати харкотиння вранці натще, коли його найбільше скупчується в бронхах і воно найбільш багате мікрофлорою;
  - б) перед збиранням харкотиння почистити зуби м'якою зубною щіткою і прополоскати рот спочатку теплою водою, а потім розчином фурациліну 1 : 5000 ( або 0,01% розчином перманганату калію, або 2% розчином натрію гідрокарбонату ).

## IV. Основні етапи виконання навичку:

Для отримання достовірних результатів дослідження попередити хворого, щоб він збирав харкотиння, яке виділяється при відкашлюванні, а не слину, яка виділяється при відхаркуванні.

1. Зняти кришку з чистої сухої банки ємністю 250 мл.
2. Відкашляти харкотиння ( 3 – 5 мл ) у банку.
3. Закрити банку кришкою.
4. Свіжовиділене харкотиння відправити до лабораторії в спеціально призначеному ящику протягом 2 год з моменту його збирання, тому що при тривалому стоянні в ньому розмножується мікрофлора і відбувається лізис ( руйнування ) клітин.
5. Ящик після використання продезінфікувати дворазовим протиранням полотниною, змоченою у 3% розчині хлораміну.

# ДЕЗИНФЕКЦІЯ ХАРКОТИННЯ. ДЕЗИНФЕКЦІЯ І СТЕРИЛІЗАЦІЯ ПЛЮВАЛЬНИЦЬ, БАНОК

## *I. Місце проведення:*

стаціонар, домашні умови

## *II. Оснащення робочого місця:*

1. Промаркіровані ємності для дезінфекції харкотиння, плювальниць, банок, пробірок.
2. 5% розчин хлораміну або 5% розчин хлорного вапна.
3. Сухе хлорне вапно.
4. Посуд для кип'ятіння плювальниць, банок.
5. Газова або електрична плита.
6. Сухожарова шафа.
7. Бікс спеціально пристосований для проведення стерилізації пробірок в автоклаві.

## *III. Попередня підготовка до виконання навичку:*

- одягнути гумові рукавички, поліетиленовий фартух;
- приготувати 5% розчин хлораміну ( 50 г хлораміну на 950 мл води ).

## *IV. Основні етапи виконання навичку:*

1. Харкотиння злити у промаркіровану ємність для дезінфекції.
2. Дезінфекцію харкотиння провести сухим хлорним вапном із розрахунку 1 : 5.
3. Тривалість дезінфекції – 2 години.
4. Після дезінфекції харкотиння вилити у каналізацію.
5. Плювальниці, банки або пробірки звільнити від харкотиння.
6. Замочити у 5% розчині хлораміну або 5% розчині хлорного вапна.
7. Тривалість дезінфекції – 6 годин.
8. Після дезінфекції плювальниці, банки, пробірки помити під проточною водою.
9. Плювальниці та банки простерилізувати:
  - а) повітряним методом стерилізації ( в сухожаровій шафі при температурі 180°C протягом 60 хв ). Плювальниці та банки, що підлягають стерилізації повітряним методом, попередньо підсушити;
  - б) методом кип'ятіння ( при відсутності сухожарової шафи ) в 2% розчині натрію гідрокарбонату протягом 30 хв.
10. Пробірки простерилізувати паровим методом стерилізації ( в автоклаві при температурі 120°C, тиску 1,5 атмосфери протягом 45 хвилин ). Пробірки, попередньо підсушити.
11. Знищення культури туберкульозної палички, яка виросла в пробірках та на поживному середовищі, провести в автоклаві при температурі 132°C, тиску 2 атмосфери протягом 20 хвилин. пробірки для автоклавування ставлять в спеціально пристосований для цього бікс.
12. Стерильні плювальниці, банки негайно закрити кришкою і зберігати на лотку; накрити чистою серветкою.
13. Стерильні пробірки закрити стерильними ватними пробками і зберігати у спеціальній підставці для пробірок.

## 4. ЗБИРАННЯ СЕЧІ ЗА ПРОБОЮ ЗИМНИЦЬКОГО ТА ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ.

Проба Зимницького проводиться з метою визначення функціональної здатності нирок (концентраційної функції). Її проводять при звичайному харчовому і питтєвому режимі хворого. Сеча збирається протягом доби у 8 окремих слоїків, в кожний із них її збирають протягом 3-х годин. В кожній порції сечі визначають об'єм і питому вагу за допомогою урометра. За добу до постановки проби Зимницького необхідно відмінити сечогінні препарати, тому що вони можуть збільшити діурез і знизити питому вагу сечі.

### **I. Місце проведення:**

стаціонар.

### **II. Оснащення робочого місця:**

1. 8 сухих, чистих слоїків ємністю 0,5 л з широкою горловиною.
2. Етикетки на кожен слоїк.

### **III. Попередня підготовка до виконання навичку:**

медичній сестрі:

- підготувати 8 чистих, сухих слоїків ємністю 0,5 л з широкою горловиною;
- написати 8 етикеток на кожен слоїк, наклеїти на слоїки:

Проба Зимницького Прізвище, ім'я, по батькові хворого I порція (з 6 до 9 години) Відділення, палата Дата
--

такі ж самі етикетки для 7-ми останніх порцій:

II порція – з 9 до 12 години,

III порція – з 12 до 15 години,

IV порція – з 15 до 18 години,

V порція – з 18 до 21 години,

VI порція – з 21 до 24 години,

VII порція – з 24 до 3 години,

VIII порція – з 3 до 6 години;

- звечора видати хворому ці слоїки, пояснити правила збирання сечі по цій пробі.

### **IV. Основні етапи виконання навичку:**

1. О 6 годині ранку хворий звільняє сечовий міхур (у туалеті).
2. Протягом кожних 3-х годин хворий збирає сечу у відповідний слоїк з поміткою номера порції та врахуванням часу, що вказано на етикетці. Скільки разів є бажання помочитись протягом 3-х годин, стільки разів хворий збирає сечу в даний слоїк.
3. У випадках поліурії може не вистачити одного слоїка, то необхідно дати додатковий, пронумерувати його додатково, вказавши номер порції та час.
4. Вночі необхідно розбудити хворого, щоб ці слоїки не залишилися пустими.
5. При відсутності сечі в якомусь із слоїків, його теж відправляють в лабораторію пустим.
6. Вранці наступного дня необхідно відправити всі слоїки в лабораторію. Там в кожній окремій порції вимірюють об'єм та визначають урометром питому вагу по поділці на шкалі, до якої він спливе. Результати проби записують на спеціальних бланках, де приведені дані про кожну порцію.

### Оцінка результатів проби Зимницького.

Результати проби Зимницького вважають добрими, якщо:

- 1) достатнім є добовий діурез (1-1,5 л);
- 2) денний діурез (від 6 до 18 години) становить  $2/3$ - $3/4$  від добового, а нічний діурез —  $1/3$  або  $1/4$  від добового діурезу;

3) коливання питомої ваги в межах норми — 1010-1025 (більше 12-ти одиниць).

Виділення рівної кількості сечі вдень і вночі, а також перевага нічного діурезу над денним (ніктурія) вказує на зниження концентраційної функції нирок; низька питома вага сечі (гіпостенурія) та майже однакова протягом доби (ізостенурія — 1007-1012) вказують на важке враження нирок.

### В. ЗБИРАННЯ СЕЧІ ЗА МЕТОДОМ АМБУРЖЕ.

Цим методом збирають сечу за 3 години і визначають у ній кількість формених елементів, що виділяються з сечею за 1 хвилину.

В нормі за 1 хвилину з сечею виділяються до 2000 лейкоцитів та 1000 еритроцитів.

#### I. Місце проведення:

стаціонар, домашні умови.

#### II. Оснащення робочого місця:

1. Сухий, чистий слоїк ємністю 250 мл, з широкою горловиною.
2. Етикетка на слоїк.

#### III. Попередня підготовка до виконання навичку:

медичній сестрі:

- підготувати чистий, сухий слоїк ємністю 250 мл, з широкою горловиною;
- написати етикетку та наклеїти на слоїк:

*для стаціонарного хворого:*

Дослідження сечі за методом Амбурже  
Прізвище, ім'я, по батькові хворого  
Відділення, палата  
Дата

*для амбулаторного хворого:*

Дослідження сечі за методом Амбурже  
Прізвище, ім'я, по батькові хворого  
Домашня адреса  
Дата

- пояснити хворому звечора правила збирання сечі на дане дослідження, видати йому підготовлений слоїк з етикеткою.

#### Основні етапи виконання навичку:

1. Вранці о 6 годині хворий спорожняє сечовий міхур у туалеті.
2. Протягом наступних 3 годин, з 6 до 9 години ранку, хворий збирає сечу у виданий слоїк.

Залишити слоїк у кімнаті перед туалетом на полиці.  
Відправити...

## Б. ЗБИРАННЯ СЕЧІ НА НАЯВНІСТЬ ЦУКРУ. ЗБИРАННЯ ГЛЮКОЗУРИЧНОГО ПРОФІЛЮ.

Наявність цукру — глюкозурія, визначається для виявлення цукрового діабету. Цукор в сечі може бути виявлений також при надмірному вживанні солодоців. Для цього дослідження сечу необхідно збирати протягом доби, потім відлити 100-150 мл сечі від загальної кількості і відправити в лабораторію на дослідження.

### I. Місце проведення:

318

стаціонар, домашні умови.

### II. Оснащення робочого місця:

1. Чисті, сухі слоїки ємністю 3 л, 0,5 л та 250 мл.
2. Етикетки.
3. Підкладне судно.

### III. Попередня підготовка до виконання навичку:

медичній сестрі:

- підготувати чисті, сухі слоїки ємністю 3 л, 0,5 л та 250 мл;
- написати етикетку на слоїк ємністю 3 л, наклеїти її:

Добовий діурез  
Прізвище, ім'я, по батькові хворого  
Дата початку збирання сечі

- покласти підготовлений слоїк в кімнаті перед туалетом на поличку, повідомити хворого, показати йому, де знаходиться слоїк;
- написати етикетку та наклеїти її на слоїк ємністю 250 мл;

*для стаціонарних хворих:*

Сеча на наявність цукру  
Прізвище, ім'я, по батькові хворого  
Відділення, палата  
Дата

*для амбулаторних хворих:*

Сеча на наявність цукру  
Прізвище, ім'я, по батькові хворого  
Домашня адреса  
Дата

- видати хворому звечора слоїк ємністю 0,5 л з широкою горловиною і пояснити правила збирання сечі на цукор.

### IV. Основні етапи виконання навичку:

1. Вранці о 6 чи о 7 годині хворий звільняє сечовий міхур у туалет (нічну сечу на дослідження не збирають — це сеча за попередню добу).
2. З 6 чи 7 години ранку протягом доби (до 6 чи 7 години слідуючого ранку) хворий мочиться у слоїк ємністю 0,5 л і зливає сечу у слоїк ємністю 3 л.
3. Після закінчення доби медична сестра перемирює добовий діурез хворого, перемішує сечу у 3-літровому слоїку і відливає від загальної кількості 100-150 мл сечі у слоїк ємністю 250 мл з етикеткою.
4. Відправляє цю порцію сечі на дослідження в лабораторію.
5. Якщо хворий важкий медична сестра попереджує медичну медичну

з підкладного судна.

Збирання сечі на глюкозуричний профіль передбачає збирання сечі протягом доби у три різні ємності: з 8 до 14 години, з 14 до 20 години, з 20 до 8 години. У кожній ємності вимірюють кількість, з кожної порції відповідно відливають по 100 мл сечі у окремі три ємності, відправляють в лабораторію для дослідження на цукор у трьох окремих ємностях.

### **Г. ЗБИРАННЯ СЕЧІ НА АНАЛІЗ ЗА МЕТОДОМ НЕЧИПОРЕНКА**

Для дослідження сечі за методом Нечипоренка її можна збирати у будь-який час доби. Сечу необхідно взяти з "середньої порції". В ній визначають

кількість формених елементів в 1 мл осаду сечі.

В нормі у здорової людини в 1 мл осаду сечі міститься 2000 лейкоцитів та 1000 еритроцитів.

#### ***I. Місце проведення:***

стаціонар, домашні умови.

#### ***II. Оснащення робочого місця:***

1. Сухий, чистий слоїк ємністю 250 мл, з широкою горловиною.
2. Етикетка на слоїк.

#### ***III. Попередня підготовка до виконання навичку:***

медичній сестрі:

- підготувати сухий, чистий слоїк ємністю 250 мл, з широкою горловиною;
- написати та наклеїти на слоїк етикетку:

*для стаціонарного хворого:*

Дослідження сечі за методом Нечипоренка  
Прізвище, ім'я, по батькові хворого  
Відділення, палата  
Дата

*для амбулаторного хворого:*

Дослідження сечі за методом Нечипоренка  
Прізвище, ім'я, по батькові хворого  
Домашня адреса  
Дата

- пояснити хворому звечора правила збирання сечі за цим методом та видати йому приготовлений слоїк з етикеткою.

#### ***IV. Основні етапи виконання навичку:***

1. Зібрати сечу краще вранці, але можна зробити це в будь-який час доби.
2. Хворий збирає 100-150 мл сечі з "середньої порції" (починає сечовипускання в туалет, потім підставляє слоїк і збирає необхідну кількість сечі).
3. Слоїк з сечею хворий ставить на полицку у кімнаті перед туалетом.
4. Відправити сечу на аналіз в клінічну лабораторію.

Дане дослідження є обов'язковим для всіх без винятку хворих! Звичайно для цього збирають сечу вранці, після сну, краще із середньої порції, тобто із середини сечовипускання. На дослідження необхідно зібрати 100-200 мл сечі.

**Місце проведення:**

стаціонар, домашні умови.

**II. Оснащення робочого місця:**

1. Чистий, сухий слоїк ємністю 250 мл з етикеткою
2. Ємність з перекип'яченою водою або слабким розчином калію перманганату.
3. Корнцанг.
4. Ватні кульки.
5. Підкладне судно.
6. Стерильний катетер.
7. Стерильний пінцет.
8. Стерильна вазелінова олія у флаконі.
9. Стерильні марлеві серветки.

**III. Попередня підготовка до виконання навичку:**

медичній сестрі:

- написати етикетку на дослідження, наклеїти її на слоїк:

**для стаціонарних хворих:**

Сеча на загальний аналіз  
Прізвище, ім'я, по батькові хворого  
Відділення, палата  
Дата

**для амбулаторних хворих:**

Сеча на загальний аналіз  
Прізвище, ім'я, по батькові хворого  
Домашня адреса  
Дата

- видати звечора слоїк хворому і пояснити правила збирання сечі на загальний аналіз;
- важкохворому провести туалет зовнішніх статевих органів в ліжку, за всіма правилами перед збиранням сечі; підготовка хворого:
- перед збиранням сечі хворий повинен здійснити туалет зовнішніх статевих органів перекип'яченою водою або слабким розчином калію перманганату.

**IV. Основні етапи виконання навичку:**

1. Вранці, після сну хворий повинен почати мочитися у туалет, а з середини сечовипускання зібрати сечу в слоїк. Залишити слоїк на полиці в кімнаті перед туалетом.
2. Важкохворому дати чисте, сухе підкладне судно, куди він помочиться, після чого відлити необхідну кількість сечі в слоїк (про це попереджують молодшу медичну сестру).
3. Сечу на дослідження не беруть у жінок під час менструації. В разі потреби

4. Відправити сечу в клінічну лабораторію необхідно протягом 1 години після її збирання. Якщо немає можливості швидко відправити сечу в лабораторію, її слід зберігати в прохолодному місці.

### **Збирання сечі на діастазу**

Дослідження діастази сечі дозволяє виявити запальне захворювання підшлункової залози (панкреатит). Для визначення кількості діастази необхідно відправити до лабораторії свіжу/у теплого вигляді сечу. *I. Місце проведення:*

стаціонар, домашні умови. ■

#### ***II. Оснащення робочого місця:***

1. Сухий, чистий слоїк ємністю 250 мл з широкою горловиною.
2. Етикетка на нього.

#### ***III. Попередня підготовка до виконання навичку:***

медичній сестрі:

- приготувати сухий, чистий слоїк ємністю 250 мл з широкою горловиною;
- написати етикетку на дане дослідження:

*для стаціонарного хворого:*

Сеча на діастазу Прізвище, ім'я, по батькові хворого Відділення, палата Дата
---

*для амбулаторного хворого:*

Сеча на діастазу Прізвище, ім'я, по батькові хворого Домашня адреса Дата
---

- наклеїти етикетку на слоїк;
- пояснити хворому правила збирання сечі на дане дослідження.

#### ***IV. Основні етапи виконання навичку:***

1. Хворому необхідно зібрати у приготовлений слоїк сечу (50 мл) повідомити про це одразу ж медичну сестру.
2. В теплого вигляді сечу доставити в лабораторію.

## Збирання сечі за методом Каковського-Аддіса

Для проведення цього дослідження необхідно зібрати годин. В ній визначають кількість формених елементів, що виділяються з сечею за добу. Для цього хворий повинен звільнити сечовий міхур о 22 годині і протягом ночі по можливості не мочитися. О 8 годині ранку зібрати всю нічну сечу у чисту, суху ємність. Якщо вночі хворий хоче помочитись, він збирає сечу у же слоїк, який слід зберігати у прохолодному місці. Для запобігання формених елементів до сечі можна додати кілька крапель формальдегіду, ;

У здорової людини протягом доби з сечею виділяється лейкоцитів 2'000'000, еритроцитів 1'000'000, циліндрів 20'000.

### **I. Місце проведення:**

стаціонар, домашні умови.

### **Оснащення робочого місця:**

1. Сухий, чистий слоїк ємністю 500 мл, з широкою горловиною.
2. Етикетка на слоїк.

### **II. Попередня підготовка до виконання навичку:**

медичній сестрі:

- підготувати сухий, чистий слоїк ємністю 500 мл, з широкою горловиною;
- написати етикетку та наклеїти її на слоїк:

для стаціонарного хворого:

Дослідження сечі за методом Каковського-Аддіса Прізвище, ім'я, по батькові хворого Відділення, палата Дата
--

для амбулаторного хворого:

Дослідження сечі за методом Каковського-Аддіса Прізвище, ім'я, по батькові хворого Домашня адреса Дата
--

— пояснити хворому звечора правила збирання сечі за цим методом, видати підготовлений слоїк з етикеткою.

### **IV. Основні етапи виконання навичку:**

1. О 22 годині вечора хворий звільняє сечовий міхур у туалет і йде спати.
2. О 8 годині ранку хворий збирає сечу у виданий слоїк з етикеткою.
3. Якщо хворий має бажання мочитися вночі, то сечу необхідно збирати в цей же слоїк. Зберігати його необхідно в прохолодному місці.
4. Слоїк з сечею хворий ставить на полицку у кімнаті перед туалетом.
5. Відправити матеріал для дослідження у клінічну лабораторію.

*Бак. зан.*

При захворюваннях нирок та сечовивідних шляхів інфекційного характеру виникає необхідність виявити збудника захворювання і підібрати впливаючий антибіотик.

**I. Місце проведення:**

стаціонар, домашні умови.

**II. Оснащення робочого місця:**

1. Стерильна пробірка з ватно-марлевою пробкою або ємність на 250 мл з кришкою.
2. Слоїк з кришкою.
3. Стерильний катетер на стерильному лотку.
4. Стерильний гліцерин або стерильна вазелінова олія у флаконі.
5. Стерильний пінцет.
6. Підкладне судно.
7. Розчин фурациліну 1:5000 у ємності.
8. Корнцанг.
9. Ватні тампони.

**41. Попередня підготовка до виконання навичку: медичній сестрі:**

- напередодні дослідження взяти в баклабораторії стерильну пробірку з ватно-марлевою пробкою або стерильну ємність з кришкою;
- написати етикетку на дане дослідження та наклеїти її на стерильний посуд:

**для стаціонарного хворого:**

Сеча на бактеріологічне дослідження
Прізвище, ім'я, по батькові хворого
Відділення, палата
Дата

**для амбулаторного хворого:**

Сеча на бактеріологічне дослідження
Прізвище, ім'я, по батькові хворого
Домашня адреса
Дата

- пояснити хворому звечора, як слід збирати сечу для даного дослідження.

**IV. Основні етапи виконання навичку:**

2. Почати мочитися в унітаз, а з "середньої порції" зібрати 10-20 мл сечі в стерильну пробірку чи слоїк, обережно вийняти пробку із пробірки чи зняти кришку із слоїка, не торкаючися краями стерильного посуду до статевих органів та рук. Швидко закрити пробкою чи кришкою.
3. Відправити матеріал в баклабораторію для дослідження.
4. Для більш точних результатів краще брати сечу для бакдосліджень за допомогою стерильного катетера (за правилами катетеризації).

## Взяття калу для копрологічного дослідження.

Загальний (копрологічний) аналіз передбачає макроскопічне, мікроскопічне і просте хімічне дослідження калу. При макроскопічному дослідженні калу визначають: колір, консистенцію, форму, запах, домішки (слиз, гній, кров, паразити). При мікроскопічному дослідженні калу виявляють м'язові волокна, рослинну клітковину, жирні кислоти, лейкоцити, еритроцити, яйця гельмінтів. Хімічне дослідження калу проводять з метою визначення реакції калу, прихованої крові та інше.

### **I. Місце проведення:**

стаціонар, домашні умови.

### **II. Оснащення робочого місця:**

1. Підкладне судно або нічний горщик.
2. Чиста суха скляна банка ємністю 250 мл з кришкою.
3. Дерев'яна паличка або дерев'яний шпатель.
4. Супроводжуюча етикетка (направлення).

### **III. Попередня підготовка до виконання навичку:**

- підготувати чисту суху скляну банку ємністю 250 мл з кришкою;
- написати направлення, в якому вказати дані

а) для стаціонарного хворого:

<u>В лабораторію</u>
Копрологічне дослідження калу
Прізвище, ім'я, по батькові хворого
Відділення стаціонару
№ палати
Дата
Підпис лікаря

б) для амбулаторного хворого:

<u>В лабораторію:</u>
Копрологічне дослідження калу
Прізвище, ім'я, по батькові хворого
Домашня адреса
Дата
Підпис лікаря

- прикріпити супроводжуючу етикетку (направлення) до банки;
- в банку поставити дерев'яну паличку або дерев'яний шпатель;
- для стаціонарного хворого підготовлену банку з кришкою і дерев'яним шпателем принести в палату звечора;
- провести інструктаж хворого про правила взяття калу на дане дослідження.

### **IV. Основні етапи виконання навичку:**

1. Попередити хворого, що за 4-5 днів до дослідження він не повинен приймати ліків, які впливають на перистальтику кишок (красавки, атропіну), ліків, які змінюють колір калу (залізо, барій, вісмут). Не можна направляти кал на дослідження після приймання рицинової, вазелінової та інших олій.
2. Попередити хворого, що в період підготовки до збирання калу не можна застосовувати ректальних свічок, клізм, теплових процедур на живіт.

3. Уранці в день дослідження випорожнитись у чисте, сухе судно або нічний горщик (судно або горщик не дозволяється перед актом дефекації обробляти дезінфікуючими розчинами!).

Попередити хворого, що кал має бути вільним від сторонніх домішок, наприклад сечі (помочитися необхідно в унітаз).

4. За допомогою дерев'яної палички або дерев'яного шпателя взяти з кількох місць 15-20 г свіжо виділеного калу (у теплом вигляді) і перенести в чисту суху банку. Банку закрити кришкою.

5. Хворий, який перебуває на ліжковому режимі, повинен випорожнитися у чисте сухе судно в ліжку; безпосередньо перед актом дефекації дати хворому сечоприймач. Взяти дерев'яною паличкою або дерев'яним шпателем свіжо виділений кал (15-20 г), перенести в чисту суху банку. Банку закрити кришкою.

6. Якщо хворий страждає закрепом то можна зібрати кал на дослідження після випорожнення в будь який час (про це слід його попередити).

7. Кал доставити для дослідження в лабораторію одразу після дефекації, бажано в теплом вигляді щоб у ньому не відбулися зміни під дією мікроорганізмів та ферментів.

8. Якщо копро логічне дослідження проводиться з метою діагностування лямбліозу, то скляна банка з відібраним свіжим калом одразу ж ставиться на водяну баню (в посудину з теплою водою закритою кришкою) і матеріал необхідно негайно доставити в лабораторію.

### Взяття калу для бактеріологічного дослідження.

Бактеріологічне дослідження калу дозволяє виявити збудників кишкових інфекційних захворювань (ентеропатогенну кишкову паличку, дизентерійну паличку, сальмонели — збудників черевного тифу, паратифів А і В та збудників харчових токсикоінфекцій.

#### **I. Місце проведення:**

стаціонар, інфекційний кабінет поліклініки.

#### **II. Оснащення робочого місця:**

1. Штатив для пробірок.
2. Стерильні пробірки з харчовим середовищем, металевою петлею та ватно-марлевою пробкою.
3. Чашка Петрі з харчовим середовищем.
4. Пробірки з консервантом.
5. Супроводжуюча етикетка.
6. Гумові рукавички.
7. Клейонка.

#### **III. Попередня підготовка до виконання навичку:**

- отримати в бактеріологічній лабораторії стерильні пробірки з харчовим середовищем, металевою петлею і ватно-марлевою пробкою;
- написати направлення, в якому вказати дані

а) для стаціонарного хворого:

<u>В лабораторію</u> Кал на бактеріологічне дослідження Прізвище, ім'я, по батькові хворого Відділення стаціонару № палати Дата і час взяття Підпис лікаря
---

б) для амбулаторного хворого:

<u>В лабораторію</u> Кал на бактеріологічне дослідження Прізвище, ім'я, по батькові хворого Домашня адреса Дата і час взяття Підпис лікаря
--

- одягнути гумові рукавички.

#### **IV. Основні етапи виконання навичку:**

1. Запам'ятайте! Матеріал для бактеріологічного дослідження з діагностичною метою потрібно брати до застосування протимікробного лікування.

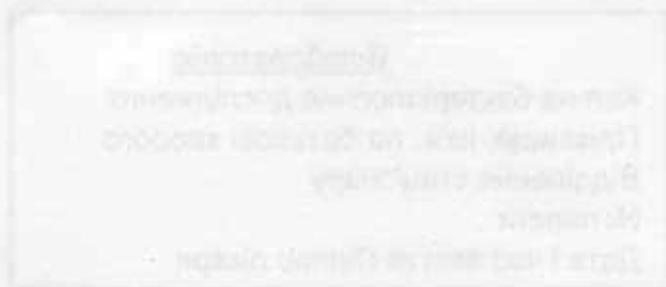
В стаціонарі матеріал для першого бактеріологічного дослідження беруть у хворого в приймальному відділенні.

Якщо забір калу проводиться з метою виявлення сальмонел черевного тифу та паратифів, то кал потрібно брати з другого-третього тижня захворювання (лише через стільки часу з'являються ці збудники в калі) і результат дослідження при наявності їх буде позитивним.

2. Запропонувати хворому лягти на лівий бік з зігнутими в колінах та піднятими до живота ногами.

3. Взяти у праву руку металеву петлю з стерильної пробірки, яка розміщується у штативі для пробірок.

- товими рухами металеву петлю в пряму кишку на 8-10 см.
5. Після введення петлі в пряму кишку зробити напівобертвий рух і вивести петлю з прямої кишки.
  6. Опустити петлю в стерильну пробірку з харчовим середовищем, не торкаючися зовнішніх її стінок. Пробірку щільно закрити стерильною ватно-марлевою пробкою.
  7. Прикріпити супроводжуючу етикетку до пробірки і матеріал одразу ж відправити в бактеріологічну лабораторію.
  8. Після виведення металевої петлі з прямої кишки можна зробити безпосередньо посів на харчове середовище чашки Петрі. Чашку Петрі заклеїти стрічкою паперу, виписати направлення і занести в лабораторію.
  9. Якщо дослідження не буде проводитися одразу, а за призначенням лікаря необхідно взяти матеріал у хворого (наприклад, у вечірній час), тоді металева петля після виведення з прямої кишки опускається в пробірку з консервантом (30% гліцерину і 70% фізіологічного розчину), а вранці наступного дня транспортується до лабораторії.



## **Б. ВЗЯТТЯ КАЛУ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ НА ЯЙЦЯ ГЕЛЬМІНТІВ.**

Важливим елементом мікроскопічного дослідження є виявлення яєць гельмінтів (аскарид, гостриків-ціп'яка та інших).

### ***i. Місце проведення:***

стаціонар, домашні умови.

### ***ii. Оснащення робочого місця:***

1. Підкладне судно або нічний горщик.
2. Чиста суха скляна банка ємністю 250 мл з кришкою.
3. Дерев'яна паличка або дерев'яний шпатель.
4. Супроводжуюча етикетка (направлення).

### ***iii. Попередня підготовка до виконання навичку:***

- аналогічна тій, яка проводилася у навичку "А" з різницею; вказівки мети дослідження:

а) для стаціонарного хворого:

<b>В лабораторію</b>
Аналіз калу на яйця гельмінтів
Прізвище, ім'я, по батькові хворого
Відділення стаціонару
№ палати
Дата
Підпис лікаря

б) для амбулаторного хворого:

<b>В лабораторію</b>
Аналіз калу на яйця гельмінтів
Прізвище, ім'я, по батькові хворого
Домашня адреса
Дата
Підпис лікаря

### ***IV. Основні етапи виконання навичку:***

1. Хворому випорожнитися у чисте сухе судно або горщик.
2. За допомогою дерев'яної палички або дерев'яного шпателя зібрати в банку кал з трьох різних місць в кількості 30-50 г у теплому вигляді. Банку закрити кришкою.
3. При прийманні хворим антигельмінтних препаратів слід направити на дослідження всю порцію калу.
4. При закрепах кал час-після випорожнення.
5. Забезпечити своєчасне відправлення матеріалу до лабораторії (протягом 30 хвилин).
6. При пошуках яєць гельмінтів не слід обмежуватися одноразовим обстеженням. У людини, зараженої гельмінтами бувають періоди, коли виявити паразити у фекаліях не вдається. Тому остаточний негативний результат можна отримати лише після 4-5 разового обстеження калу з проміжками 2-3 дні.
7. Для виявлення гостриків, які є збудником ентеробіозу необхідно зробити зіскоб з періональних складок довколо заднього проходу. Зіскоб береться паличку). Дерев'яну паличку з вологим ватним тампоном після зіскобу опустити в чистий сухий флакон з-під пеніциліну; прикріпити супроводжуючу етикетку і аналіз одразу ж відправити в лабораторію, щоб попередити висихання ватного тампона.

## Підготовка хворого для взяття калу на приховану кров

Знаходження крові в калі має велику діагностичну цінність для виявлення виразок і новоутворень в органах травлення. Колір калу змінюється тільки при значних кровотечах; незначні домішки крові визначаються лише спеціальними хімічними пробами, а тому і є такий термін «прихована кров».

### **I. Місце проведення:**

стаціонар

### **II. Оснащення робочого місця:**

1. Підкладне судно або нічний горщик.
2. Чиста суха скляна банка ємністю 250 мл з кришкою.
3. Дерев'яна паличка або дерев'яний шпатель.
4. Супроводжуюча етикетка (направлення).

### **III. Попередня підготовка до виконання навичку:**

- підготувати чисту суху скляну банку ємністю 250 мл з кришкою;
- написати направлення, в якому вказати дані

#### В лабораторію

Аналіз калу на приховану кров  
Прізвище, ім'я, по батькові хворого  
Відділення стаціонару  
№ палати  
Дата Підпис лікаря

- прикріпити супроводжуючу етикетку (направлення) до банки;
- в банку поставити дерев'яну паличку або дерев'яний шпатель;
- підготовлену банку з кришкою і дерев'яним шпателем принести в палату звечора;
- провести інструктаж хворого про його підготовку до взяття калу на дане дослідження;

### **IV. Основні етапи виконання навичку:**

1. Протягом 3-х днів до дослідження хворий повинен знаходитися на безгемоглобінній дієті: з раціону виключити м'ясо, рибу, печінку, ікру, гречану крупу, яєчні страви, всі зелені овочі, буряк, помідори, яблука, гранати.
2. Протягом 3-х днів не можна приймати медикаменти, що містять залізо, йод, бром, вісмут.
3. В дні підготовки до дослідження не проводити хворому промивання шлунка, зондування, не ставити клізми.
4. При кровоточивості ясен протягом 3-х днів не чистити зуби щіткою;
5. Необхідно виключити потрапляння крові з інших джерел (носова кровотеча, кровотеча після видалення зуба).
6. Для дослідження за допомогою дерев'яної палички або дерев'яного шпателя взяти 10-20 г ранкового свіжо виділеного калу із різних місць (із зовнішньої поверхні та внутрішньої частини).
7. При наявності у хворого закріпів зібрати кал в будь-який час після випорожнення.
8. У хворих, які перебувають на ліжковому режимі, кал спочатку збирають у сухе чисте підкладне судно (хворий не повинен сюди мочитися). З судна шпателем відібрати кал у банку.
9. Відправити зібраний матеріал у лабораторію.



ЯГОТИНСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА

№ \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ 198 г. Отд. \_\_\_\_\_

**АНАЛИЗ**

мочи (крови) на диастазу

Больного \_\_\_\_\_

Диастаз мочи (крови) \_\_\_\_\_ ед.

Анализ производил \_\_\_\_\_

Яготинская типография. Зак. 347—5 т.

Место приклеивания

Министерство здравоохранения  
Уч. ф. № 45 «р»  
Утверждена Министерством здравоохранения СССР  
10 февраля 1969 г.

Лаборатория \_\_\_\_\_ (учреждение)

Гр. \_\_\_\_\_ (ф., и., о.)

Отделение \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_ (по регистрационному журналу)

К-во принятой жидкости \_\_\_\_\_ мл.

Номер порции	Часы	Удельный вес	Количество мочи в мл
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Дневной диурез . . . . . мл.  
Ночной диурез . . . . . мл.  
Общий диурез . . . . . мл.

Подпись: \_\_\_\_\_

Исследование мочи по Зимницкому

Дата \_\_\_\_\_

УКСП "Кобза", а. 4-1803

Яготинская центральная районная больница

№ \_\_\_\_\_ 199 г. Отд. \_\_\_\_\_

**АНАЛИЗ КРОВИ НА САХАР**

Больн. \_\_\_\_\_

Количество сахара по методу Хагедрон-Ненсена

\_\_\_\_\_ мг проц.

Норма от 80 мг проц. до 120 мг проц.

Врач \_\_\_\_\_

Яготин. МПП «Титул». З. 232—50 т. 1997.

СССР  
Министерство здравоохранения  
Больница № 21  
им. акад. И. П. Павлова

**АНАЛИЗ МОКРОТЫ** № \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ 199 г.

Гр. \_\_\_\_\_ для врача

учреждение \_\_\_\_\_ амбулаторный № \_\_\_\_\_  
отделение \_\_\_\_\_ палата \_\_\_\_\_

Общие сведения: Цвет, \_\_\_\_\_ запах, \_\_\_\_\_ реакция  
характер \_\_\_\_\_, консистенция \_\_\_\_\_

Микроскопическое исследование:  
Лейкоциты \_\_\_\_\_  
Эритроциты \_\_\_\_\_  
Эпителий плоский \_\_\_\_\_  
» альвеолярный \_\_\_\_\_  
Кристаллы Шарко-Лейдена \_\_\_\_\_  
Эозинофилы \_\_\_\_\_  
Спиральи Куршмана \_\_\_\_\_  
Эластичные волокна \_\_\_\_\_

ЯГОТИНСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА

№ \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ 199 г. Отд. \_\_\_\_\_

**АНАЛИЗ**

крови на прогормонин

Больного \_\_\_\_\_

прогормонин крови \_\_\_\_\_

Анализ производил \_\_\_\_\_

г. Яготин. МПП «Титул». З. 402—25 т. 1993.

Дата ..... 199... г.

Фамилия, имя, отчество .....

**БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ**

**НОРМЫ**

Общий белок .....	65—80 г/л
Фибрин .....	4—16 мг/мл
Фибриноген .....	1000—4000 мг/л
Сыворотка к-та .....	130—20 ед.
C-реактивный белок .....	отрицательная
.....	до 1 : 64
АСАТ .....	до 0,5 ммоль/г. л
АЛАТ .....	до 0,7 ммоль/г. л
Билирубин общий .....	7—21 мкмоль/л
.....	0—0,40 ммоль/л
.....	до 5 ед.
Тимоловая проба .....	3,8—8,6 ммоль/л
Мочевина .....	до 3,8 ммоль/л
Азот мочевины .....	0,055—0,105 ммоль/л
Креатинин .....	3,4—5,2 ммоль/л
Холестерин .....	35—55 ед.
В-липопротеиды .....	до 32 ед.
.....	до 64 ед.
.....	2,25—2,75 ммоль/л
.....	135—165 ммоль/л
.....	4—6 ммоль/л
.....	95—110 ммоль/л
.....	120—128 ммоль/л

Анализ произвoдил..... МРН - Яготинська тш.з. 3. 930—5 т. 1998.

Україна  
Міністерство охорони здоров'я

Охрана здоров'я обл. № 46  
Затверджена Міністерством охорони здоров'я  
СРСР 10.УЛ.54 р.

(назва закладу, ур проводив аналіз)

**АНАЛІЗ КРОВІ № \_\_\_\_\_**

Гром. \_\_\_\_\_

В закладі \_\_\_\_\_

Корпус, відділення \_\_\_\_\_ для лікаря \_\_\_\_\_

еритроцити	: Гемоглобін	: Кольоровий показн.	: Товста кригтя	: Регікуляцити	: Тромбоцити	: Паразити
			: поліхрон.	: Базоф.		
в 1 куб.мм	: 80-100	: 0,8-1,0	: +	: -	: 0,0-03	: 250-400
1-5 мм	:	:	:	:	:	: тис.

### 3. Микроскопическое исследование

Соединительная ткань \_\_\_\_\_  
 Шапечные волокна \_\_\_\_\_  
 Нейтральный жир \_\_\_\_\_  
 Карбые кислоты \_\_\_\_\_  
 Мыла \_\_\_\_\_  
 Неперевариваемая клетчатка \_\_\_\_\_  
 Перевариваемая \_\_\_\_\_  
 Крахмал \_\_\_\_\_  
 Грибы, бактерии \_\_\_\_\_  
 Грибы \_\_\_\_\_  
 Эритроциты \_\_\_\_\_  
 Лейкоциты \_\_\_\_\_  
 Тромбоциты \_\_\_\_\_  
 Эпителий \_\_\_\_\_  
 Кристаллы \_\_\_\_\_  
 Паразиты \_\_\_\_\_  
 Грибы \_\_\_\_\_

Анализ производил \_\_\_\_\_

197 г.

Лейкоциты	Базо- филы	Эозино- филы	Нейтрофилы			Лимфо- циты	Моно- циты	Индекс сдвига
			юные	пагов.	сет. кент			
Норма 6—8 тысяч	0—05%	3—4%	—	4%	63— 67%	24— 30%	6—8%	0,6
Норма в абсол. числ.	30—40	180— 200	—	240— 320	1020— 5040	1800— 2400	300— 640	

Анализ производил \_\_\_\_\_  
 198 г. Киев-Святош. тип. 88 г. Зак. 369—5000.

СССР Министерство здравоохранения  
 Здоровоохр. учетн. ф. № 46  
 Утверждена Министерством здравоохранения СССР  
 10.VII 1954 г.

### АНАЛИЗ КРОВИ № . . .

Гр. \_\_\_\_\_  
 В учреждение \_\_\_\_\_  
 Корпус, отделение \_\_\_\_\_ для врача \_\_\_\_\_

Эритро- циты	Гемо- глобин	Цветной показат.	Толстая капля		Регу- лоциты	Тромбо- циты	Пара- акты
			Поли- круп.	Базоф.			
в 1 куб. мм 1—5 мм	80—100	0,8—1,0	+	—	0,0—0,3	250—400 тысяч	

Ознайомлення з посадовими обов'язками медичної сестри.

Для чіткої організації та реалізації заходів з проведення реформ охорони здоров'я, спрямованих на поліпшення якості надання медичної допомоги населенню, значно зростає роль медсестринської служби та медичної сестри як особи, яка зустрічається з пацієнтом, його родиною та оточенням і піклується ними.

Медсестринська діяльність складається з комплексу заходів, які забезпечують всебічне обслуговування хворого, створення належних гігієнічних умов, що сприяють неускладненому перебігу хвороби, прискоренню одужання та запобіганню ускладненням і своєчасному виявленню їх, а також виконання лікарських призначень.

Медичні сестри, які доглядають за хворими, повинні добре знати свої обов'язки, їх місце і роль у загальному процесі лікування, місце та час проведення лікувальних процедур, піклуватись про належний гігієнічний та функціональний стан місця роботи.

Доглядаючи за хворим, медична сестра повинна мати навички виконання різних лікувальних та гігієнічних процедур, бути чесною та милосердною. Гуманне ставлення до хворих є не менш важливим, ніж професійна майстерність. Створення у пацієнта доброго, оптимістичного настрою, віра в сприятливий перебіг хвороби є важливим і почесним обов'язком медичних працівників. Медична сестра контролює догляд за хворим, допомагає йому виконувати призначення лікаря, планує і реалізує програму сестринських заходів, спрямованих на покращення здоров'я, реабілітацію пацієнта після хвороби або підтримку його у тяжких випадках. Головна роль в організації і забезпеченні догляду за хворими в медичних закладах належить старшим медсестрам.

Слід зазначити, що залежно від того, наскільки грамотно і професійно медична сестра буде виконувати обов'язки організатора, настільки успішною і ефективною буде сестринська діяльність у лікувально-профілактичному закладі. Протягом останніх десятиліть у нашій країні сестринській справі не приділяли належної уваги. Професія медичної сестри недооцінювалась і вважалась другорядною, неперспективною, що негативно впливало на загальний кваліфікаційний рівень працюючого сестринського персоналу. Проте за останні роки Міністерство охорони здоров'я України спрямовує свої зусилля на реформування системи охорони здоров'я та медичної освіти, при цьому значну увагу приділяє розвитку та вдосконаленню сестринської справи та освіти.

Робота медичних сестер в поліклініці. Функції медичних сестер у поліклініці різносторонні, вони охоплюють широке коло лікувально-профілактичних заходів. Поряд з веденням медичної документації, підготовкою кабінетів до прийому хворих медичні сестри виконують обов'язки, які залежать від спеціальності лікаря, з яким вони ведуть прийом хворих. Зокрема, дільнична медсестра поліклініки є помічником дільничного терапевта у забезпеченні лікувально-профілактичних заходів на дільниці. Вона виконує лікувальні та діагностичні призначення лікаря в поліклініці та вдома, проводить профілактичні заходи серед населення. Бере участь в амбулаторному прийомі хворих, бланки, слідкує за результатами лабораторних та інших досліджень. Медична сестра регулює прийом хворих залежно від черговості та стану хворого, вимірює хворим артеріальний тиск, проводить термометрію та інші медичні маніпуляції, заповнює статистичні талони, бланки направлень на лікувально-діагностичні дослідження, рецепти, посильні листи, виписки з медичних карт, видає талони для повторних відвідувань, заповнює диспансерну карту (форма № 30) на вперше виявлених хворих, веде картотеку диспансерних хворих та викликає їх у поліклініку відповідно до термінів спостереження, вивчає умови життя та побуту цих пацієнтів, проводить профілактичні прививки тощо.

Крім ведення необхідної медичної документації сестри спеціалізованих кабінетів мають виконувати спеціальні маніпуляції.

Робота палатної сестри. Основні напрямки роботи палатної сестри такі: створення сприятливих умов для хворих, догляд і спостереження за ними та виконання лікарських призначень.

Сприятливі умови для стаціонарних хворих визначаються в основному матеріально-технічною базою лікарні. Однак від палатної медсестри багато в чому залежить, якими будуть ці умови. Зокрема, вона може запропонувати раціональніше використання палат, розташовку лікарняного приладдя та меблів, передбачити створення затишку у віддленні – штори, гардини, кімнатні рослини, безумовно, з дотриманням необхідних санітарно-гігієнічних вимог. Палатна сестра повинна утримувати у взірцевому порядку своє робоче місце, дбайливо ставитися до медичного та господарського оснащення відділення.

Загальний догляд за хворими здійснює в основному медична сестра, яка в разі необхідності залучає до нього молодший медичний персонал. Догляд та спостереження за хворими включають комплекс заходів,

спрямованих на полегшення стану хворого та забезпечення успіху лікування. Це створення і підтримання належної санітарно-гігієнічної обстановки в палаті, догляд за тяжкохворими і надання їм необхідної допомоги у перестиланні ліжка, зміни положення тіла, протирання шкіри камфорним спиртом для запобігання пролежням, систематичні підмивання, вологі обтирання тіла, чищення зубів, полоскання рота, стрижка нігтів, миття рук, годування хворих, вимірювання температури тіла ранком та ввечері та занесення показників термометра до температурного листка. Підрахунок ЧСС (пульсу) та частоти дихання за 1 хв., вимірювання діурезу, збирання матеріалів для аналізів згідно з призначеннями лікаря та доставка їх у лабораторію, долучення результатів аналізів до історії хвороби, складання порційних вимог і нагляд за дотриманням хворими призначеної дієти; підготовка до відвідання ними діагностичних та лікувальних кабінетів, прийом хворих, які поступають на лікування, перевірка проведеної в приймальному відділенні санітарної обробки хворих, ознайомлення пацієнтів з правилами внутрішнього розпорядку і особистої гігієни, ретельне виконання призначень лікаря тощо.

Правила безпеки під час роботи з апаратурою.

Проведення фізіотерапевтичних процедур зв'язано з підвищеною небезпекою для хворих, а іноді й для працівників фі. Кабінетів.

Медична сестра повинна бути добре ознайомленою з основними ситуаціями, когрі потребують невідкладної допомоги, можливими причинами їх виникнення та наслідками. До числа таких випадків можна віднести електротравму, опіки, анафілактичний шок.

Електротравма – це найбільша загроза життю людини. Вона може виникнути від зламаної апаратури під час проведення процедури. Дії електричного струму можу бути підвергнута і медсестра, якщо вона одночасно доторкнеться до корпусу апарату й електропроводу при порушеному заземленні. Щоб цього не трапилось, медсестра повинна добре знати техніку безпеки і повдження з апаратурою. Перед початком роботи вона повинна перевірити цілісність усіх фізіотерапевтичних апаратів. При виявленні дефекту вона повинна сповісти лікаря й зробити запис про це у контрольно-технічному журналі.

Опіки можуть бути термічними, електричними та хімічними в залежності від процедури яку проводяь. Щоб запобігти опікам, медсестра повинна знати на яку відстань і з якого боку потрібно розмістити той чи інший апарт, щоб ефективність була максимальною.

Забороняється проводити УВЧ-терапію без ретельної перевірки та настройки апарату.

При розі риванні парафіну потрібно виключити будь-яку можливість потрапляння на нього води.

Перед проведенням теплових процедур необхідно щоразу перевірити температуру лікувальної середи і зрівнювати з встановленими цифрами.

Опіки трапляються рідко, і не становлять загрозу для життя людини, але потребують невідкладної допомоги. Вона заключається перш за все у припиненні дії апарату, що викликає опік. Ніяких препаратів (окрім змочування спиртом) та процедур не можна проводити до приходу лікаря.

Також медична сестра повинна знати техніку надання невідкладної допомоги при анафілактичному тоці.

Експлуатація та ремонт фізіотерапевтичних апаратів повинні знаходитись під постійним технічним наглядом. Не рідше ніж один раз на 2 тижні потрібно проводити прфілактичний нагляд усіх електричних приладів і вчасно ремонтувати поломки.

Етико-деонтологічні норми поведінки медичної сестри. Запорукою успішної роботи медичної сестри є любов до своєї професії. У роботі та поведінці вона має бути взірцем високої культури, ввічливості, скромності та акуратності. Такі риси, як співчуття, терпіння, доброзичливість, чесність, рішучість, дисциплінованість. Принциповість, повинна вихоувати в собі кожна медична сестра.

Стосунки з хворим, його родичами та колегами по роботі мають бути такими, щоб максимально щадити психіку хворого. Чуйно та уважно ставитися до хворого, вміти стримувати себе в різних ситуаціях, ввічливо, доброзичливо з'ясовувати стосунки з хворим та його родичами, бути коректною при зверненні до лікаря і з великою витримкою реагувати на його зауваження – ось основні принципи поведінки медичної сестри (принципи поведінки медичних працівників вивчає наука деонтологія).

Серед питань, участь у розв'язанні яких є професійним обов'язком кожного медичного працівника, в тому числі й медичної сестри, слід назвати формування здорового способу життя і профілактику захворювань.

Під етикою розуміють науку про суть, закони виникнення, розвиток і функції моралі, про відносини між людьми і обов'язки, які випливають з цих відносин. Вперше термін "етика" застосував Арістотель, який розумів її як філософію моральної поведінки людей.

Представники медичної науки ХІІІ – ХІХ ст. теж внесли свій вклад у розвиток етичних ідей, і серед них значне місце належить Д.С. Самойловичу. За його словами, "лікарі повинні бути милосердними, співчутливими, послужливими, повинні любити свого ближнього, як самого себе".

Медичному працівникові повинні бути притаманні чуйність, увага до хворого, намагання виправдати його довір'я. Медичний працівник повинен не лише сумлінно виконувати свої обов'язки щодо хворого, але й боротися за фізичну досконалість і психічне здоров'я людей, проводити профілактичну і санітарно-просвітню роботу, зберігати лікарську таємницю, надавати медичну допомогу хворому незалежно від його національної та расової належності, політичних і релігійних переконань тощо.

Науку про професійний обов'язок медичних працівників щодо хворих і здорових людей називають деонтологією.

Деонтологія – це вивчення про принципи поведінки медпрацівників з метою забезпечення максимальної користі для хворого. Основою

деонтології є адміністративно-регламентуючі форми (накази, інструкції) норм поведінки медпрацівників, їх професійних обов'язків і організації лікувально-діагностичного процесу.

Медична сестра має усвідомлювати свою відповідальність за життя хворого, однак це почуття не повинне переходити в сентиментальність, чка стане на за заді зібраності, активності у боротьбі за здоров'я, а не рідко й життя хворого.

Однією з основних рис характеру медичної сестри має бути чесність. Ні в якому разі не можна приховувати допущені помилки.

Медична сестра повинна сумлінно виконувати свої обов'язки щодо роздачі лікарських препаратів і здійснення маніпуляцій. Вона зобов'язана бути завжди зібраною, спокійною і врівноваженою, не допускати нервозності і метушні в роботі. При погіршенні стану хворого не можна допускати паніки і розгубленості. В таких випадках дії медсестри повинні бути чіткими та впевненими. Слід пам'ятати, що неухважність у роботі, сторонні розмови під час обслуговування хворих, а також відлюдність, зарозумілість підбивають авторитет медичної сестри. Кваліфікаоване, чітке, своєчасне і старанне виконання призначень і процедур зміцнюють віру хворого в успіх лікування. Істотне значення для створення стриятливої атмосфери в лікувальному закладі має зовнішній вигляд медичного персоналу. Акуратна, в білосніжному халаті, з прибраним під шапочну волоссям, медична сестра викликає довір'я хворого. І навпаки, зім'ятий чи забруднений халат, недоглянуті руки, надлишок прикрас і косметики, подразливі запахи несприятливо впливають на хворого.

Важливим обов'язком медичної сестри є збереження професійної таємниці, якщо вона не зачіпає інтересі суспільства або хворого. Медичні сестри не мають права розголошувати і обговорювати відомості про хворобу та інтимне життя хворого, які вони отримали під час виконання професійних обов'язків. Медичним сестрам не треба брати на себе функції, які ві, несені до лікарської компетенції, розв'яснювання хворим або їхнім родичам характер захворювання, інтерпретувати результатами лабораторних, інструментальних та рентгенологічних досліджень. Вони можуть говорити лише про загальний стан хворого.

До питань етики належать також і медичні помилки, які слід відрізнити від злочинних дій, що караються законом. Професійні помилки можуть бути пов'язані з недостатнім рівнем знань, відсутністю досвіду, недосконалими методами дослідження. Їх слід роглядати й аналізувати в колективі, щоб не повторювати більше.

Психологічний клімат у медичному колективі – це не просто сума особистих якостей його співробітників. Він утворюється внаслідок взаємин між членами колективу. Джерелом складних взаємин у деяких медичних колективах часто є відсутність у колективі творчої роботи по спрямуванню зусиль його членів на виконання основного завдання – боротьби за здоров'я хворого.

СССР  
ДЦРЛ

наименование учреждения

Код формы по ОКУД

Код учреждения по ОКПО

МЕДИЦИНСКАЯ  
ДОКУМЕНТАЦИЯ

Форма № 0301/У

Утв. Минздравом СССР 04. 10. 80  
№ 1030.

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Фамилия врача

Теменина

Дата заката на учет

1996

Дата снятия с учета

Курсивная ссылка

Код или № 03 медицинской карты амбулаторного больного (история развития ребенка)

Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение

Бронхиальная астма

Диагноз установлен впервые в жизни

1987г.

дата

Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при профосмотре (подчеркнуть)

1. Фамилия, имя, отчество

Журишев Олег Иванович

2. Пол

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Дата рождения

1947г.

4. Адрес

м. Мотин бул. Независимости 19 кв. 20.

5. Место работы (учебы)

ДЦРЛ зубопротезный кабинет

6. Профессия (должность)

протезист

7. Контроль посещений

всегда в срок

Назначено явиться	IV.96	II.97	IV.98	II.99	IV.2000	II.01	IV.02	II.03	IV.04				
Явился	IV.96	II.97	IV.98	II.99	IV.2000	II.01	IV.02	II.03	IV.04				
Назначено явиться	XI.96	IX.97	XI.98	IX.99	XI.2000	IX.01	XI.02	IX.03	XI.04				
Явился	XI.96	IX.97	XI.98	IX.99	XI.2000	IX.01	XI.02	IX.03					

МЕДИЧНА КАРТКА  
АМБУЛАТОРНОГО ХВОРОГО

Балестник Тетяна Дмитрів.  
(ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я, ПО БАТЬКОВІ.)

18. жовтня 1975 року народж.  
(ДАТА, РІК НАРОДЖЕННЯ.)

м. Мотин бул. Незалежності 19 кв. 43  
(АДРЕС.)

магазин "Славутич" - продав.  
(МІСЦЕ РОБОТИ, ПОСАДА.)

МИНЗДРАВ УКРАИНЫ

КОД формы по ОКУД

наименование учреждения

КОД учреждения по ОКНО

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Форма № 028/у

Утв. Минздравом СССР 04.10.80 г. №1030

### НАПРАВЛЕНИЕ

на консультацию  
и во вспомогательные кабинеты

Фамилия Жименцова Вал. Серг.

Имя Валентина Отчество Сергеевна

Диагноз хронический панкреатит

Направлен ч.з.б. куда

для расширения и изучения  
железистого тракта

28.05.2004 г. Подпись [подпись]

### В ЛАБОРАТОРИЮ

Загальний аналіз крові, цукор крові, час звертання крові,  
протромбіновий індекс, білірубін крові, фібрин,  
фібриноген, рест-азот, реакція Вассермана, загальний  
аналіз сечі, кал на яйця, глистів

Прізвище, ім'я, по-батькові Дефев Е. П.

Адреса м. Ізюм  
вул. Чапаєва, буд. 28/36

25 травня 2004  
Підпис [подпись]

### УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЇ ПОЛОСТИ

Каб. № 225 Врч Ташенка Л. П.

Дата 28.05.04 Врмя 10<sup>10</sup> год

#### Підготовка:

- 1) За три дні до дослідження виключити з раціону: чорний хліб, молоко, горох, фасоль, капусту, свіжі овочі, фрукти і сладкі блюда.
- 2) В течение 3-х днів приймати **Мезим форте** - по 2-3 таблетки 3 рази в день. **Всього - 18 таблеток.**
- 3) В течение дня до дослідження приймати капсули **Эспумизан** - по 3 капс. 3 рази в день і окремо 3 капс. утром в день дослідження. **Всього - 12 капсул.**

На дослідження прийти натощак,  
выпиской из амбулаторной карты или  
из истории болезни, принести полотенце.  
Соблюдение указанных правил подготовки -  
гарантия качественного исследования!

### НАПРАВЛЕННЯ В СТАЦІОНАР

Прізвище Сейбік

Ім'я Ташенка

По-батькові Сергеевна

Вік 32 роки

Діагноз Ревматизм актуальний

хворість нет, зворотнє

ревмокардіт, невід. етіології

Направлений терапії

для \_\_\_\_\_

ОГ \_\_\_\_\_

Гітискоз \_\_\_\_\_

"28" травня 2004 г.

Підпис [подпись]

### В КАБІНЕТ

функціональної діагностики

Електрокардіограма, фонокардіограма, осцилограма, основний обмен (нужное подчеркнуть).

Больной Дефев Е. П.

Діагноз Гіпотонічна збудова

Врч Ташенка  
(фамилию писать разборчиво)

Яготин. 1984. 3055—50 т.

## ВИМІРЮВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ.

*Вимірювання артеріального тиску за допомогою сфїгмоманометра слуховим методом Короткова:*

1. Покласти хворого на спину або посадити.
2. Руку його розмістити на рівні серця в розслабленому положенні, а для кращого розгинання руки під лікоть покласти валик або попросить хворого підкласти стиснену в кулак руку.
3. Накласти манжетку на нижню третину плеча (на 3-5см вище ліктьового згину) так, щоб між нею та шкірою плеча проходив тільки один палець. Одяг не повинен стиснути руку вище від манжетки.
4. З'єднайте манометр з манжеткою. Перевірте положення стрілки манометра відносно нульової подїлки шкали.
5. На ліктьовий згин (на 1см медіальніше ліктьової ямки) без особливого натиску прикладіть фонендоскоп.
6. Вентиль гумового балона закрийте помірно і починайте нагнітати повітря в манжетку. При цьому вона заповнюється і поступово стискає плече та плечову артерію. Повітря нагнітайте доти, поки тиск у манжетці відповідно до показника манометра не перебільшить приблизно на 30мм рт. ст. той рівень, при якому не визначається пульсація плечової артерії.
7. Поступово знижуйте тиск у манжетці шляхом дозованого відкриття вентеля. Одночасно фонендоскопом вислуховуйте тони на плечовій артерії та слідкуйте за показником шкали манометра.
8. Поява перших пульсових хвиль відповідає величині максемального тиску в артерії. Цей показник візуально відмітьте на шкалі манометра.
9. Момент різкого ослаблення або повного зникнення тонів на плечовій артерії також зафіксуйте на шкалі манометра. Це буде величина мінімального тиску.
10. Дані вимірювання артеріального тиску позначте з точністю до 5мм тр. ст., запишіть у вигляді дробного числа (у чисельнику – систолічний тиск, у знаменнику – діастолічний).
11. Виміряйте артеріальний тиск 2-3 рази з інтервалом 2-3хв., при цьому повітря з манжетки випускайте повністю.

**ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ:** Не можна накладати манжетку поверх одягу, а також здавлювати плече щільно закатаним рукавом одягу, тому що може бути порушена точність вимірювання артеріального тиску.

II. Діагностичні обстеження

Призначено (підкреслити)	Дата виконання і підпис
ЕКГ	
Ендоскопічне обстеження	
Ультразвукове обстеження	
Рентгеноскопія (графія)	
Лабораторні дослідження	

III. Хірургічні операції

Назва операції	

Дата проведення « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ р. (підкреслити)

IV. Результати лікування

Покращення, погіршення, без змін, одужання

Переведений в стаціонар \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ р.

Підпис лікуючого лікаря \_\_\_\_\_

Код форми за ЗКУД  
Код закладу за ЗКПО

Міністерство охорони здоров'я України  
(найменування закладу)

*С. В. П. А.*

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  
ФОРМА № 003-2/0

Затверджена наказом МОЗ України  
27.12.99 р., № 302

КАРТА *Б/10*

хворого денного стаціонару поліклініки,  
стаціонару вдома

Прізвище, ім'я, по батькові хворого *Ковалів Вересей Олександр*

Дата народження *07.09.1960*  
(число, місяць, рік)

Домашня адреса *с. Матин  
вул. Дарницька 7*

Місце роботи, посада *не працює*

ДАТИ:

Почав(ла) лікування *17.03.04р*

Закінчив(ла)

Діагноз:

*Сівобічний піроптероз  
невролітичного сугубового небула*

Код за МКХ-X

Листок тимчасової непридатності з \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_



Код форми за ЗКУД  
Код закладу за ЗКПО

Медицина документація  
Форма № 070/0  
Затвержена наказом МОЗ України  
27.12.99 р. №302

Міністерство охорони здоров'я України

### ДОВІДКА для одержання путівки

ана довідка не замінює санаторно-курортної картки і не дає хворому права  
і амбулаторно - курортне лікування.

існа до

(число, місяць, рік)

плана Шимешиук Васильяна Сергійівна  
(прізвище, ім'я, по батькові)

тому, що він (вона) страждає артеріальною гіпертензією  
(вказати діагноз)  
з нефральною і нирковою  
функцією шугиша

що йому (їй) рекомендується лікування:

курортне Добринський Бабел  
(вказати рекомендовані курорти)  
Афесеву

) в санаторій

(вказати профіль)

) амбулаторно-курсове (підкреслити)

ора року: зимою, весною, літом, восени (підкреслити)  
овідка дійсна лише за місцем проживання або роботою хворого.  
она подається при одержанні путівки і залишається в профкомі. Після одержання довідки  
особливо звернутися за санаторно-курортною картою в лікувальний заклад, який видав  
овідку.

ЛІКАР

ЗАВІДДІЛЕННЯМ

М.П.

### НАПРАВЛЕННЯ

на консультацію  
в поліклінічне відділення  
Київської обласної лікарні  
до кафедри

Прізвище, ім'я, по-батькові Мартинович

Анатолій Васильович

Рік народження 5 грудня 1962р.п.

Адреса м. Ірстень вул. Добрянко 36

Місце роботи, фах не працює

Час захворювання 2002р.

Якими спеціалістами оглянуто в лікарні кардіолог, нефролог,  
енергетик, акушер

Результати обстежень

флюорографія 6.06.2002р.

рентгенографія

Клінічні аналізи: 6.06.2002р.

ЗАР: сечов. 4,3-10%, моч. 14,7%

Кр-ог, сечі пов. 5,3-10%, УОЕ-2мг/кг

Тривали анал. сечов: заг. білок-28%

Білірубін 17,5 ммоль, фібриноген 6,3

ЗАР сечов. в 75-100, пов. кан. 1010,

крені - об/мл, сеч. 23,

ЕКА - 6.06.2002р.

# ДОВІДКА

Видана Гришченко  
Тетяна Василівна

1953 року народження, що проживає м. Яготин  
вул. Шевченка 276

в тім, що він (вона) 18 квітня 1986 був на прийомі  
у лікаря-невропатолога Яготинської ЦРЛ.

Підпис лікаря \_\_\_\_\_

МЗО УССР

## СПРАВКА

Яготинская центральная  
районная больница

г. Яготин, травня 1986

№ \_\_\_\_\_  
ул. Ленина 71

Дана настоящая гр. Гришченко Тетяна

в том, что он (а) находил секуванку

в трансформатор

с 28.04.86 по 08.05.86

по поводу гипертонична хвороба  
гіпертонічний криз

Зав. \_\_\_\_\_ отделением

Лечащий врач

Яготин 1987 4239—20 т

ф. Ап. 6

РМО Печерського району м. Києва

## ДОВІДКА

про щеплення проти дифтерії

П. І. Б. Демченко Олександр  
1986

Дата Серія

I вакцинація

II вакцинація

Ревакцинація

Підпис лікаря

78 МП «Гордон»

Зак. 533—100000

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
 Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ  
 Форма № 044/У  
 Утверждена Минздравом СССР 4.10.80 г. № 1030.

МИНДРАВ СССР

*С. С. П. П.*  
 наименование учреждения

**КАРТА  
 БОЛЬНОГО, ЛЕЧАЩЕГОСЯ В ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ  
 ОТДЕЛЕНИИ (КАБИНЕТЕ)**

Карта стационарного (амб.) больного № \_\_\_\_\_ Лечащий врач *Димитро*

Фамилия, имя, отчество *Верага Тамара Яковлевна*

Возраст *1959* Пол  М  Ж (подчеркнуть)

Из какого отделения (кабинета) направлен больной *из палаты*

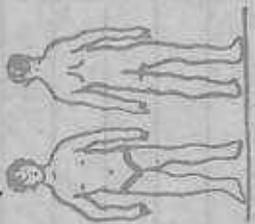
Диагноз *Шейный остеохондроз  
 с вегетативными нарушениями*  
 подчеркнуть заболевание, по поводу которого больной направлен на физиотерапию

Жалобы больного \_\_\_\_\_  
 направлен на физиотерапию

Дата	Наименование процедуры	Количество	Продолжительность	Дозировка

Место проведения процедуры: кабинет, перевязочная, на дому (подчеркнуть)

Виды лечения, назначения помимо физиотерапии (в том числе и медикаментозные)



Эпикриз  
 Врач-физиотерапевт

Украинское отделение ВГО «Союзучетнадат», а/б, Изд. № 1162, 10, 88, т. 20000000.  
 Тип. ИД-ва «Радянське Здаров'я». Зак. 40283.

Код формы за ЗКУД \_\_\_\_\_  
 Код закладу за ЗКПО \_\_\_\_\_

МОЗ УКРАЇНИ  
 (найменування закладу)

Мед. документація  
 Форма № 025-2/о  
 Затв. наказом МОЗ України  
 від 21.10.93 р. № 218

**СТАТИСТИЧНИЙ ТАЛОН  
 для реєстрації заключних  
 (уточнених) діагнозів**

- Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_
- Дата народження \_\_\_\_\_
- Стать: (чол., жін.) \_\_\_\_\_
- Адреса \_\_\_\_\_
- Проживає в районі обслуговування: \_\_\_\_\_  
 так, ні (підкреслити)
- Населений пункт \_\_\_\_\_

6. Діагноз заключний (уточнений). Для травматологічних хворих - характер та локалізація	Вперше у житті встановлений діагноз (зазначити "+"). Раніше зареєстровані - ("·")

Здравоохр. учетн. ф. № 45-6  
 Министерство здравоохран. Утвержд. Министерством  
 здравоохранения СССР  
 6. VII. 1954 г.

название учреждения произволившего анализа

**ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧИ № 9**

Гр. *Лавини Осип Осип.*

В учреждение *С. С. П. П.*

Корпус, отделение *100* для врача

Доставленное количество *50,0*

Цвет *с/р* реакция *н*

Удельный вес *1,010* Прозрачность *н*

Белок *н*

Альбумоза \_\_\_\_\_

Сахар *0,540*

Ацетон \_\_\_\_\_

Ацетоуксусная к-та \_\_\_\_\_

Желчные пигменты \_\_\_\_\_

Уробилин \_\_\_\_\_

Индикал \_\_\_\_\_

Диазореакция \_\_\_\_\_

Случайные примеси \_\_\_\_\_

Аптека № 1 ПП «Малік» Каштанова алея, 1

Назва закладу  
(штамп закладу)

Код закладу по ЗКУД  
Код закладу по ЗКПО  
Медична документація ф-1

**РЕЦЕПТ**

(дорослий, дитячий – потрібне підкреслити)

“ ” 200 р.

Прізвище, ініціали та вік хворого

Прізвище, ініціали лікаря

Rp:

Підпис і особиста печатка лікаря  
(розбірливо)

М.П.

Рецепт дійсний протягом 10 днів, 2-х місяців  
(потрібне підкреслити)

№ 3 200 3 р. Від ХІР

**АНАЛІЗ КРОВІ НА ЦУКОР**

хворий

Мельник В.В.

Кількість цукру за методом Хегердон-Йенса

5,4 ммоль

мг проц.

Норма від 80 мг проц. до 120 мг проц.

Лікар

[Signature]

ЯГОТИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА

**АНАЛИЗ МОЧИ НА САХАР**

Дата

6.10.03

Гр.

Хірургічний

Сахар в моче

нет

Ацетона

нет

Врач

[Signature]

МЛП «Яготин. тил.» 932-5 т. 1998.

Яготинская центральная районная больница

№ 2.2 Дата 24.03.03 Отд. ХІР

**АНАЛИЗ**

крови на резус-принадлежность

Б-ного

Косович Катерина Игоревна

Группа крови

Резус

Титр антител

Дата

24.03.03

Врач

Яготин. 1985. Зак. 7364—20 тыс.