АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ЗБИРАТИ СКАРГИ, АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ, АНАМНЕЗ ЖИТТЯ, ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАМНЕЗ”

1.ПФ.Д.01.ПР.Р.01.35

Оснащення: Історія хвороби стаціонарного хворого, ручка

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури .	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Спочатку описуються ознаки захворювання, на які вказують дитина або її батьки в день надходження в стаціонар. Звичайно опитування починається з питання :”На що ви скаржитесь?”. Треба докладно й уважно вислухати пацієнта. Прояви хвороби потрібно деталізувати, з’ясувавши їхні характерні ознаки. Задавати питання хворому потрібно чітко, зрозумілим для нього змістом. Важливою особливістю опитування є обов’язкова індиферентність тону : в інтонації питання не повинна звучати очікувана відповідь. При вислуховуванні хворого слід виділити скарги достовірні і надумані. Пацієнт, не знаючи всіх симптомів захворювання, не завжди сам зазначить можливо існуючі у нього ознаки. Тому необхідно проводити опитування хворого по всіх органах і системах організму. В цілому опитування слід проводити спокійно, не квапитись, зберігаючи всі правила етикету.	Збирання скарг
4.Встановлюються такі дані: - перший день захворювання (бажано зазначити дату або приблизний час), перші патологічні ознаки, - зміни цих ознак у домашніх умовах ,можлива поява нових симптомів, ускладнень і проведене лікування (часто необхідно встановити дози і тривалість прийому лікарських препаратів), проведене обстеження і його результати, - дата госпіталізації (часто з обґрунтуванням її причини), - зазначити, у яке відділення і у яку лікарню госпіталізована дитина , - динаміка захворювання в стаціонарі на фоні проведеної терапії.	Анамнез захворювання (Anamnesis morbi) Наприкінці цього розділу потрібно зробити висновок про можливі етіологічні причини захворювання, неправильну тактику батьків стосовно патології дитини, тощо.
5. Якщо дитині до 2 років, то у матері з’ясовуються такі питання: - від якої за рахунком вагітності і пологів дитина, - перебіг попередніх вагітностей і пологів, - токсикози 1 і 2 половини даної вагітності (нудота, блювання, набряки, гіпертонія, нефропатія, еклампсія), - захворювання матері під час даної вагітності, проведене лікування, - харчування матері, професійні шкідливості, загроза викидня, міри його профілактики, інші особливості перебігу вагітності, - пологи : у термін, недоношена, переношена вагітність; <u>період неонатальний</u>: маса, довжина тіла, окружність голови і грудної клітки дитини, закричала відразу, після оживлення, ступінь асфіксії, іктеричність шкіри (показники білірубіну, лікувальні заходи), можлива пологова травма, на який день виписана додому з пологового будинку, з якою масою, на який день відпав залишок пуповини, коли загоїлася пупкова ранка, коли дитина була прикладена до грудей, - перенесені захворювання в цьому періоді.	Анамнез життя (Anamnesis vitae) – це основні факти життя дитини до захворювання. Акушерський анамнез.
6.Дані про розвиток дітей на 1 році життя встановлюються тільки у хворих віком до 2 років: динаміка наростання маси і довжини тіла за	

місяцями, поетапний розвиток критеріїв НПР, у якому віці дитина стала відвідувати дитячий сад, ходити в школу, успішність у школі; Висновок про фізичний і нервово – психічний розвиток. Природне, штучне, змішане вигодовування , причина останніх видів, коли відлучена від грудей, причина, коли введений прикорм, режим годування, об'єм, склад їжі, прийом соків, в історії хвороби необхідно представити лікарняний лист харчування, потім зробити розрахунки і, при нераціональному вигодовуванні дитини, провести корекцію; - у випадку, якщо при первинному ознайомленні з видами, об'ємом прийнятої їжі, режимом вигодовування і т.д. відразу будуть виявлені значні порушення, потрібно тільки словами обґрунтувати ці порушення (розрахунки не проводити) і представити рекомендоване вами меню з розрахунком вигодовування.	Фізичний і нервово – психічний розвиток дитини Вигодовування дитини
7.Профілактичні щеплення (коли і як зроблені, як протікав поствакцинальний період) Перенесені захворювання: - коли і які, як протікали, ускладнення, проведене лікування. При написанні даного розділу враховуються перебіг, тривалість попередніх захворювань, у якому віці вони були.	В залежності від цих даних деякі захворювання описуються детально, про інші можна не вказувати
8.Наявність у дитини до госпіталізації захворювань алергічної етіології (алергічний діатез, бронхіальна астма, тощо), їх клінічні ознаки, частота і час виникнення, які при цьому лікарські препарати застосовувались і ефективність лікування, - якими алергенами викликане захворювання, особливо якщо ними є антибіотики, вакцини або інші лікарські препарати, тому що з'ясування цього питання сприяє профілактиці алергічних реакцій при призначенні препаратів хворим, - у пошуках алергену необхідно встановити, у яких умовах виникають алергічні прояви (у домашній обстановці, у лісі ,тощо), чи є в квартирі тварини, зв'язок із порою року. Результати опитування докладно описуються в історії хвороби. Можна почати зі слів : "Алергологічний анамнез обтяжений: ", а після двокрапки зазначити ознаки обтяженості. У випадку негативних відповідей висновок такий: "Алергологічний анамнез не обтяжений".	Алергологічний анамнез.
9.Стан здоров'я батьків і близьких родичів, що має особливе значення при захворюваннях, які успадковуються, - важливо з'ясувати наявність патології в батьків, схильність до яких теж може передаватися дітям, - вік батьків, вікова різниця матері і батька, - скільки дітей у сім'ї, їх вік і стан здоров'я. Правили запису результатів опитування аналогічні описаним вище правилам алергологічного анамнезу (обтяжений з описанням ознак або необтяжений).	Спадковий і сімейний анамнез
10.З'ясовуються такі питання: - контакт дитини з інфекційними хворими, - порушення випорожнень у дитини і членів сім'ї , - виїзд хворого за межі місця проживання. Необхідно з'ясувати зазначені питання за останні 3 тижні, тому що це термін інкубаційного періоду (час від зараження людини до прояву перших патологічних ознак) більшості інфекційних захворювань. В історії хвороби обов'язково записуються всі відповіді хворого незалежно від того, позитивними вони були або негативними з вказанням часу. В кінці епідеміологічного анамнезу потрібно зробити висновок.	Епідеміологічний анамнез – це один з пунктів протиепідемічного режиму
11. Всі зібрані дані записуються в історію хвороби дитини	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ОЦІНЮВАТИ ЗАГАЛЬНИЙ СТАН ПАЦІЄНТА

1.ПФ.Д.02.ПР.Р.01.39

Оснащення:

Історія хвороби дитини, ручка

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на обстеження дитини	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками
2.Загальний стан хворого може бути : задовільним, середнього ступеня важкості, важким і вкрай важким	Розділ історії хвороби «Дані об'єктивного обстеження»(Status praesens objectivus) завжди починається зі слів : "Загальний стан дитини..."
3.Усе, що написано в цьому розділі історії хвороби («Дані об'єктивного обстеження»(Status praesens objectivus) – це і є пояснення загального стану хворого	Після читання усього розділу «Status praesens objectivus» іншій людині (фельдшеру, студенту) стане зрозуміло, чому у дитини такий стан
4.При огляді необхідно визначити такі критерії: - положення в ліжку (активне, пасивне, вимушене), - свідомість, - реакція на навколишнє середовище, - дані широкого об'єктивного огляду, результати лабораторного, рентгенологічного та інших методів обстеження	Забезпечення послідовності в викладенні даних об'єктивного обстеження
5. Загальний стан дитини вважається задовільним,якщо скарги відсутні, а при об'єктивному, лабораторному й інших видах обстежень не виявлено жодних порушень внутрішніх органів.	Це стан здорової дитини
6.При стані середнього ступеня важкості є значні скарги, обстеження вказує на компенсовані порушення функціонування різних систем організму.	Дитина при цьому притомна, адекватно вступає в контакт, положення в ліжку активне.
7. Загальний стан хворого вважається важким при великій кількості скарг, обмеженні рухливості, загальмованості або непритомності, виявленій декомпенсації фізіологічних систем організму	Поняття «загальний стан» і «самопочуття» не співпадають
8.Стан хворого вважається вкрай важким, якщо всі ознаки захворювання погіршуються і з'являються симптоми, що є загрозою життю дитини	Терміновий стан, який потребує негайних дій з боку медпрацівника
9.Записати дані об'єктивного обстеження, які повністю розкривають першу строчку розділу («Дані об'єктивного обстеження"(Status praesens objectivus)	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПРОВОДИТИ ОГЛЯД ШКІРИ , ПІДШКІРНОЇ ОСНОВИ

Оснащення: 1.ПФ.Д.02.ПР.Р.05.45

Лінійка, ручка, історія хвороби дитини або історія розвитку дитини

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на обстеження дитини	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками
3.Вимити , висушити руки, одягнути рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4.В теплому світлому приміщенні роздягнути дитину і провести огляд в слідуючій послідовності: - шкірні складки за вухами, на шиї, в пахвинних та пахових складках, на стегнах, в міжпальцевих проміжках, - колір шкірних покривів, наявність патологічних елементів шкіри, - наявність або відсутність венозної сітки на животі, голові, спині, - рівномірність розподілу підшкірно – жирового шару.	Створення комфортних умов для дитини **<u>Морфологічні елементи шкіри:</u>** <u>Первинні</u> – пляма, папула, горбок, вузол, пухирець, пухир, пустула. <u>Вторинні</u> - лусочка, гіперпігментація, депігментація, кірка, виразка, ерозія, рубець, садно, тріщина, ліхеніфікація, вегетація.
5.Провести пальпацію обережно, послідовно: а) захватити 1 – м та 2 –м пальцями правої руки шкіру на животі в складку, розжати пальці. В нормі шкіра відразу розправляється б) на різні ділянки тіла покласти долоні обох рук (зверху донизу) в) в ділянці внутрішньої поверхні плеча або стегна стиснути пальцями шкіру і підшкірно – жировий шар, визначити опір тканин г) захватити великим і вказівним пальцями шкіру та підшкірно –жировий шар в складку на животі ліворуч або праворуч від пупка, виміряти товщину складки (в нормі 1 – 1,5 см) д) захватити шкірну складку (без підшкірно – жирового шару) на передній або боковій поверхні груді великим і вказівним пальцямиобох рук на відстані між пальцями 2 – 3 см і стиснути з помірною силою, е)тупим кінцем ручки провести по шкірі груді	Визначення еластичності шкіри Визначення вологості і температури шкіри Визначення тургору тканин Визначення товщини підшкірно –жирового шару Визначення ендотеліальних проб (симптом щипка) Визначення дермографізму
6.Дати характеристику виявленим патологічним елементам шкіри за ознаками: час з'явлення, локалізація,розмір,кількість,форма.	Морфологічні елементи шкіри – зовнішнє вираження патологічного процесу, що відбувається в шкірі.
7.Одягнути дитину, зняти рукавички, вимити і висушити р	Забезпечення комфортних умов для дитини Забезпечення інфекційної безпеки

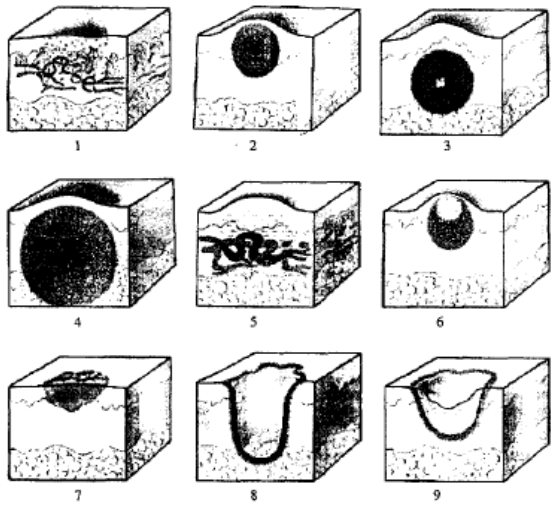


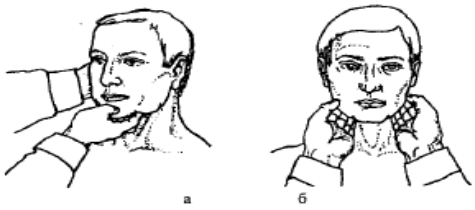
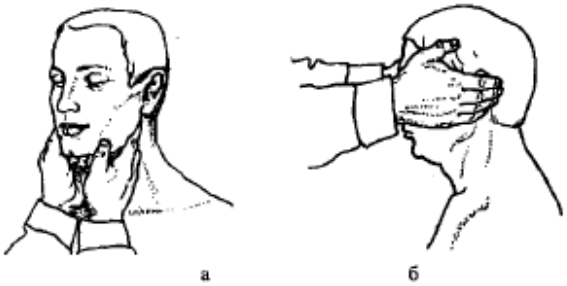
Рис. 56. Схематичне зображення первинних і вторинних елементів висипу
1 — пляма; 2 — папула; 3 — горбок; 4 — вузол; 5 — піхур; 6 — пухирець; 7 — кірка; 8 — виразка; 9 — рубець.

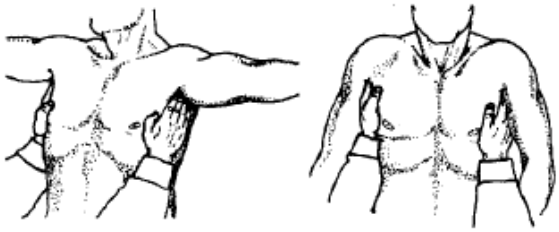
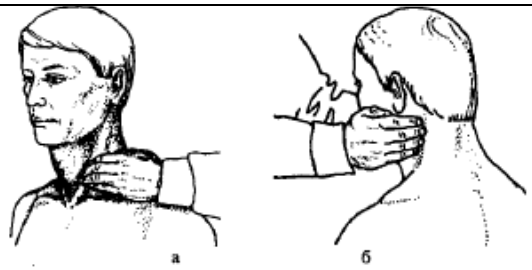
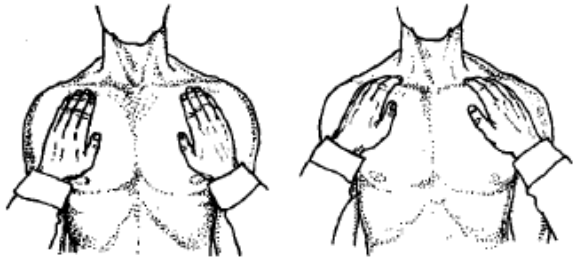
АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПРОВОДИТИ ОГЛЯД ПЕРИФЕРИЧНИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ

Оснащення: 1.ПФ.Д.02.ПП.Р.06.40

Історія хвороби дитини, історія розвитку дитини, ручка

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на обстеження дитини	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками
2.Вимити , висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
3. В теплому світлому приміщенні роздягнути дитину і провести огляд та пальпацію в слідуючій послідовності: - розташувати руки на потилиці, провести пошук лімфовузлів круговими рухами пальців по потиличної кістки. - провести 3-м пальцем по підборідній ділянці при легкому нахилі голови вперед і донизу. - одну руку покласти на тім'яну ділянку голови так, щоб великий палець знаходився на лобі, ледь нахилити голову дитини вперед і на ту сторону, що досліджують, чотирма пальцями напівзігнутої кисті іншої руки провести легку пальпацію під нижнею щелепою. Повторити обстеження на іншому боці. - повернути і нахилити голову дитини в бік, протилежний дослідженню (для кращого контурирования грудинно – ключично – сосцеподібного м'яза), пальпувати по передньому і задньому краю даного м'яза. Повторити обстеження на протилежному боці. - відвести руку дитини в бік, ввести спрямовані догори пальці глибоко в пахвинну ділянку, притиснути їх до грудної клітки, опустити руку дитини, проводити пальпацію ковзаючими рухами вниз по грудній кліткі. Повторити обстеження на іншому боці. - одною рукою взяти кисть дитини (положення "стискування руки при зустрічі"), другою рукою (вказівним і середнім пальцями) пропальпувати лімфовузли в ділянці ліктя і дещо вище. - пропальпувати по ходу пахових складок	Створення комфортних умов для дитини  Рис. 95. Пальпація підборідних (а) та підщелепних (б) лімфатичних вузлів  Рис. 96. Пальпація кутовощелепних (а) та привушних (б) лімфатичних вузлів

(чотирма пальцями рухами, ніби катання кульки).  а б Рис. 99. Пальпація пахвових лімфатичних вузлів: а — вихідне положення; б — виконання пальпації	 а б Рис. 97. Пальпація задньошийних (а) та передньошийних (б) лімфатичних вузлів  а б Рис. 98. Пальпація надключичних (а) та підключичних (б) лімфатичних вузлів
4.Подякувати дитині, допомогти одягнутись	Створення комфортних умов для дитини
5.Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
6.Заповнити історію хвороби або історію розвитку дитини, описати лімфовузли	Забезпечення передачі інформації
7.Визначити : - розмір (в см), - кількість (одиничні або множинні), - консистенція (м’які, еластичні, щільні), - рухомість, відношення до шкіри і оточуючих тканин (спаяність), - чутливість (болючі, не болючі)	Забезпечення можливості порівняння з нормативними показниками а б Рис. 100. Пальпація правих (а) та лівих (б) ліктьових лімфатичних вузлів

8. Порівняти отримані результати з нормативними показниками	У здорової дитини звичайно пальпуються тільки підщелепні, пахвинні, пахові лімфатичні вузли

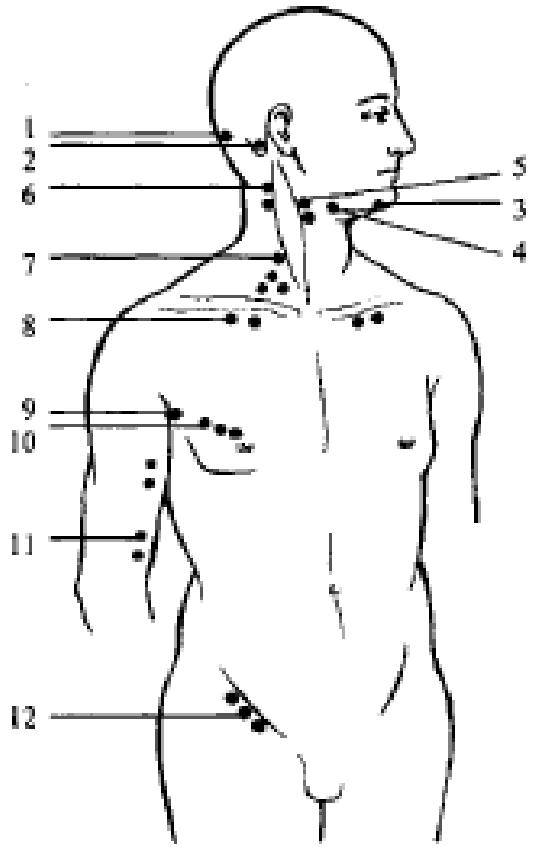


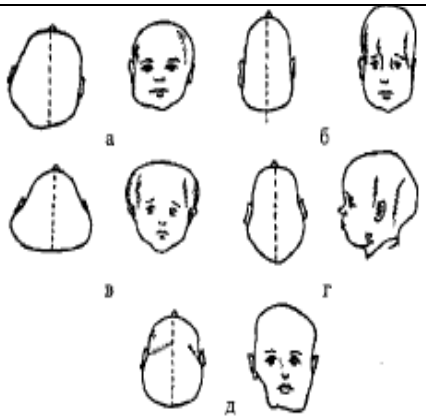
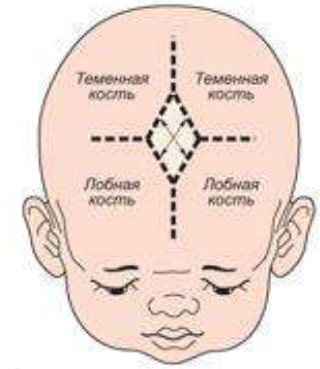
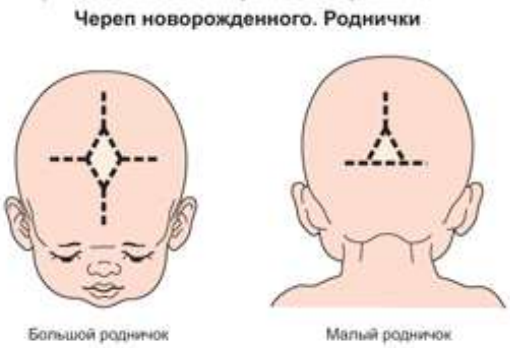
Рис. 94. Периферичні лімфатичні вузли

1 — потиличний;
2 — привушні;
3 — підборідні;
4 — підщелепні;
5 — передньошийні;
6 — задньошийні;
7 — надключичні;
8 — підключичні;
9 — пахвові;
10 — торакальні;
11 — ліктьові;
12 — пахвинні;

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
“ПРОВОДИТИ ОГЛЯД ТА ПАЛЬПАЦІЮ ГОЛОВИ ТА ОБЛИЧЧЯ”

Оснащення : 1.ПФ.Д.02.ПР.Р.07.34
Історія хвороби або історія розвитку дитини, ручка

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на обстеження дитини	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками
2.Вимити , висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
3.В теплому світлому приміщенні роздягнути дитину і провести огляд та пальпацію голови	Створення комфортних умов для дитини
4. Оглянути голову, звернути увагу на розміри лицевої і мозкової частини, їх співвідношення, розміри голови щодо загального розміру тіла	У новонародженого мозкова частина черепа переважає над лицевою частиною, у старших дітей взаємовідносини протилежні Голова складає у новонароджених – ¼ , в 2 – 3 роки -1/5 , в 6 років – 1/6 , у старшому шкільному віці – 1/7 від загальної довжини тіла Рис. 57. Форми аномалій черепа: а-асиметрія; б-доліхоцефалія; в-брахіцефалія; г-виступаюча потилиця, що виступає д-черепно-лицьова асиметрія.

	
5. Визначити форму голови – округла (в нормі), квадратної форми (якщо відбувається випинання в сторони тім'яних кісток), „олімпійський лоб" (витягування вперед лобної кістки), сідницеподібний череп (одночасно з випинанням тім'яних горбів є втиснення всередину шва між ними), плоска потилиця, краніотабес (значне пом'якшення і плоскість потиличної кістки), сідлоподібна (втиснення черепа в місці великого тім'ячка), баштовий (витягнутий вверх) череп, асиметрична (вказується наявність деформації і описується її вигляд), макроцефалія (збільшення всіх розмірів черепа), мікроцефалія (зменшення всіх розмірів черепа)  Измерение размеров большого родничка	Визначення ознак рахіту Рис. 28. Схема локалізації переднього та заднього тім'ячків. 

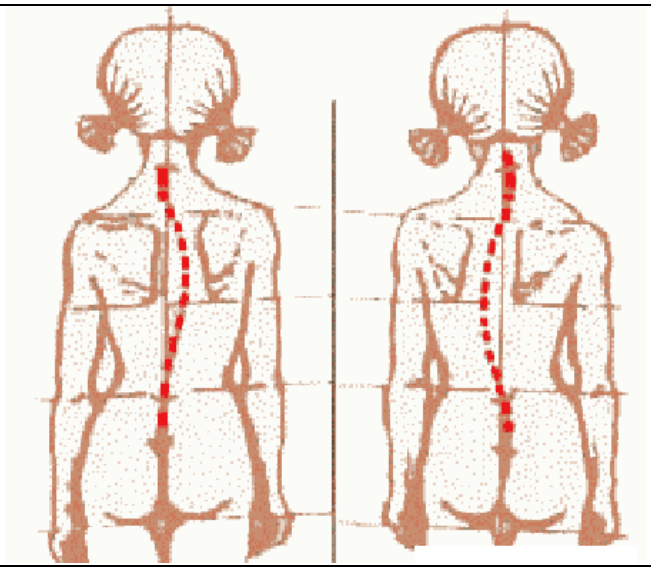
6. На черепі при уважному і акуратному доторкуванні необхідно : - визначити розміри тім'ячок, - оцінити стан швів, - визначити щільність самих кісток	У дитини молодшого віку
7.Пальпацію найкраще виконувати відразу обома руками, дещо підтримуючи голову : великі пальці покласти на лоб, долоні – на скроневі ділянки, середнім і вказівним пальцями при цьому обстежуються тім'яні кістки, потилична ділянка, шви і тім'ячко	Правила обстеження кісткової частини черепа
8.Безкісткова ділянка в місці перетинання вінцевого і сагитального швів називається велике = лобне = переднє тім'ячко , яке має ромбовидну форму. Для точного з'ясування ромірів великого тім'ячка необхідно пальпаторно визначити відстань між середніми точками протилежних сторін ромба (а не кутами!).	Визначення розмірів великого тім'ячка У здорової дитини розмір складає 2,5 – 3 см Закривається велике тім'ячко до 12 місяців
9.Між потиличною, тім'яними і скроневими кістками з правого і лівого боку черепа в рідкісних випадках до моменту народження можуть бути відкритими бокові тім'ячка.	Визначення бокових тім'ячок Закриваються вони на 1 – 2 місяцях життя
10. Подякувати дитині, допомогти одягнутись	Створення комфортних умов для дитини
11. Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
12. Записати отримані данні до історії розвитку дитини або до історії хвороби дитини	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
"ПРОВОДИТИ ОГЛЯД ХРЕБТА"

Оснащення : 1.ПФ.Д.05.ПП.Р.01.34

Історія хвороби дитини, історія розвитку дитини, ручка

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на обстеження дитини	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками
2.Вимити , висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
3.В теплому світлому приміщенні роздягнути дитину і провести огляд та пальпацію хребта	Створення комфортних умов для дитини
4. Дитину повернути боком до себе, поставити так, щоб потилицею і п'ятами вона торкалась шкали вертикального зрістоміра і оцінити фізіологічні вигини. Якщо хребет викривлюється у вигляді дуги, опуклої наперед, то такий вигин називають лордозом, якщо дуга повернена опуклістю назад – кіфозом.	Визначення фізіологічного лордозу і кіфозу Хребет новонародженої дитини і на протязі перших місяців життя малюка рівний, тобто він не має фізіологічних вигинів Шийний лордоз формується в 2 – 3 місячному віці, грудний кіфоз формується на 6 – 7 місяцях життя, початок поперекового лордозу відповідає кінцю першого року життя
5.Дитину повернути спочатку обличчям до себе, потім – спиною. Оцінити стан хребта і симетрію грудної клітки. Бокове викривлення хребта – сколіоз.	Визначення сколіозу

	
6.Оцінити „трикутник талії” , що утворюється в стоячому положенні між тулубом і опущеною вниз рукою. Якщо трикутник на одному боці (ввігнутому) збільшується, а на другому боці (вигнутому) зменшується – можна діагностувати лівобічний (якщо трикутник збільшений праворуч) та правобічний (якщо трикутник збільшений ліворуч) сколіоз. Пальпаторно сколіоз визначається проведенням по остистим відросткам від 7 шийного хребця до крижів	Сколіоз може бути право – і лівобічним, можливий у верхній, середній і нижній третині хребта.
7. Подякувати дитині, допомогти одягнутись	Створення комфортних умов для дитини
8. Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
9. Записати отримані данні до історії розвитку дитини або до історії хвороби дитини	Забезпечення передачі інформації

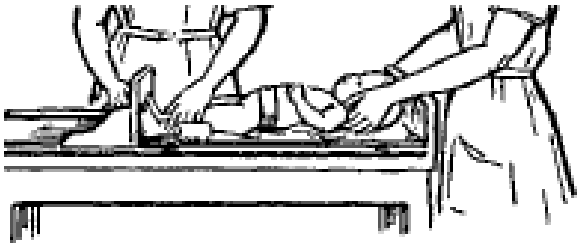
АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПРОВОДИТИ АНТРОПОМЕТРИЧНІ ВИМІРИ

Оснащення: 1.ПФ.Д.02.ПП.Н.19.35

гумові рукавички, емність з дезінфікуючим розчином, ваги, горизонтальний зрістомір, сантиметрова стрічка, пелюшка, 70% етиловий спирт, серветки

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз ‘яснити матері мету і хід обстеження, отримати згоду матері	Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості процедури
3.Вимити , висушити руки, одягнути рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
3.Обробити сантиметрову стрічку з двох сторін спиртом за допомогою серветки	Забезпечення інфекційної безпеки
4.Покласти дитину на сповивальний стіл	Забезпечення комфортних умов дитині
5.Накласти сантиметрову стрічку на голову дитини по орієнтірам: а)ззаду – на потиличний горб, б)зпереду – на лоб дитині на рівні надбровних дуг	Забезпечення достовірності результатів обстеження

6.Визначити показники окружності голови, записати результат	Забезпечення передачі інформації
7.Накласти сантиметрову стрічку на грудну клітку по орієнтірам: а)ззаду – на рівні нижніх кутів лопаток, б)зпереду – на рівні сосків	Забезпечення достовірності результатів обстеження
8.Визначити показники окружності грудної клітки, записати результат	Забезпечення передачі інформації
9.Встановити горизонтальний зрістомір на столі шкалою до себе. Основу зрістоміра накрий пелюшкою.	Забезпечення інфекційної безпеки
10.Поклади дитину так, щоб маківка голови щільно торкалася нерухомої частини зрістоміру. Розправ ніжки легким натискуванням руки на коліна. Підведи рухому планку до підошов.Визнач зріст на шкалі зрістоміра в см.	Забезпечення достовірності результатів обстеження 
11.Забрати дитину зі зрістоміра	Забезпечення безпеки дитини
12.Забрати пелюшку з зрістоміру.	Забезпечення інфекційної безпеки
13. Встанови ваги на нерухомій поверхні у горизонтальному положенні. Ввімкни електронні ваги.	Забезпечення достовірности результатів обстеження

14. Покласти на лоток складену в декілька шарів пелюшку (слідкувати, щоб вона не прикривала шкалу і не заважала)	Створення комфортних умов для дитини
15.Зафіксуй вагу пелюшки.	Зважування пелюшки
16. Поклади дитину на ваги . Зваж дитину.	Забезпечення достовірності результатів обстеження
17.Віддай дитину матері	Забезпечення безпеки дитини
18. Від останньої цифри (маси дитини з пелюшкою) відняти масу пелюшки.	Забезпечення правильності результатів.
19.Записати показники антропометрії дитини в історію розвитку дитини.	Забезпечення передачі інформації
20. Забрати пелюшку з вагів. Протерти робочу поверхню зрістоміру дезрозчином. Зняти рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ВИЗНАЧАТИ СТАН ЖИВЛЕННЯ”

1.ПФ.Д.02.ПР.Р.21.35

Оснащення: Медичні ваги (горизонтальні), комплект білизни, склянки з дезрозчином (0,2% розчином хлорантаїну або інший препарат за наказом), ємність з чистими і використаними серветками, ручка, «Історія розвитку дитини».

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками.
2. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
3. В теплому світлому приміщенні роздягнути дитину і зважити її за загальноприйнятою методикою, одягнути дитину, віддати матері.	Визначення фактичної маси дитини.
4. Зафіксувати отримані дані в «Історії розвитку дитини» .	Забезпечення передачі інформації.
5. Розрахувати, яка маса повинна бути у дитини певного віку.	Визначення належної маси дитини.
6. Порівняти показники маси тіла, які повинні бути з отриманими при зважуванні. Наприклад: 1. Фактична маса тіла дитини в 2 місяці 4000 г. Маса при народженні – 3300 г. Маса, яка повинна бути : 3300 + 800 х 2 = 4900 г. Дефіцит маси 4900 - 4000 = 900 г. 4900 - 100 % 900 - х х = 18 % У дитини гіпотрофія 1 ступеня. 2. Фактична маса тіла дитини в 5 місяців 8000 г. Маса при народженні – 3000 г. Маса, яка повинна бути : 3000 + 800 х 5 = 7000 г. Дитина важить більше, ніж повинна в цьому віці. Це означає, що у дитини паратрофія.	Визначення фізичного розвитку дитини. Якщо дефіцит маси тіла до 10% - нормотрофія, Від 10 до 20% - гіпотрофія 1 ступеня, Від 20 до 30% - гіпотрофія 2 ступеня, Більше 30% - гіпотрофія 3 ступеня.
7. Занести отримані данні в «Історію розвитку дитини».	Забезпечення передачі інформації.

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ВИМІРЯТИ ТЕМПЕРАТУРУ ТІЛА

Оснащення: 1.ПФ.Д.02.ПП.Н.22.42

Медичний термометр,годинник, марлеві серветки, лоток з дезрозчином, температурний лист, ручка

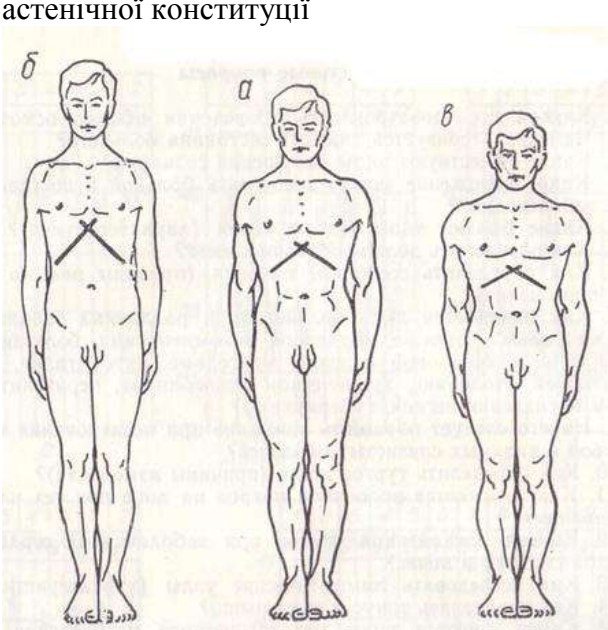
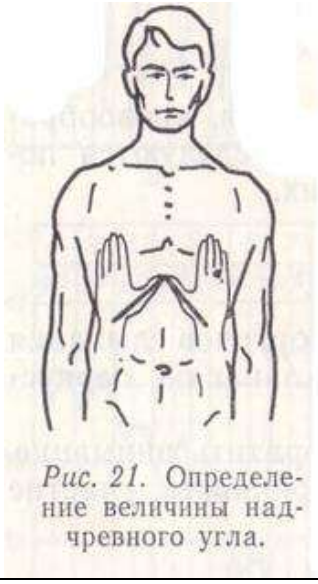
ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз'яснити матері (дитині) мету і хід процедури	Забезпечення права на інформацію, участь в процедурі
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
4.Достати термометр, стряхнути його, щоб ртутний стовпчик опустився нижче відмітки 35*С	Забезпечення достовірності результату вимірі
5.Оглянути шкіру пахвинної ділянки	Виключення пошкоджень шкіри
6.Протерти насухо серветкою ділянку, яку використовують для термометрії	Волога охолоджує ртуть
7.Розташувати ртутний резервуар термометра в пахвинній ділянці таким чином, щоб він повністю охоплювався шкірною складкою і не торкався білизни	Забезпечення умов для отримання достовірно результату
8.Фіксувати руку дитині (плечо притиснути до грудної клітки)	Рухомість термометра дає недостовірні результати вимірювання
9.Зафіксувати на годиннику час і через 10 хвилин забрати термометр , визначити його показання	Оцінка отриманих даних
10.Повідомити матері(дитині) результат термометрії	Забезпечення права на інформацію
11.Зафіксувати температуру в температурному листі: а) кожна клітинка температурного листа відповідає 0,2*С, б)крапку, фіксуючу температуру, необхідно ставити в центрі , а не по краям клітинки	Документування результатів термометрії
12.Термометр струсити, щоб ртутний стовпчик спустився в резервуар	Підготовка термометра до послідуючих вимірювань
13.Повністю занурити термометр в лоток з Дезрозчином	Забезпечення інфеційної безпеки
14.Взяти термометр, промити під проточною водою і витерти насухо серветкою	Підготування до наступного використання

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПРОВОДИТИ ОГЛЯД ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Оснащення : Історія розвитку дитини, історія хвороби дитини, ручка

1.ПФ.Д.03.ПР.Р.03.34

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на обстеження дитини	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками
2.Вимити , висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
3.В теплому світлому приміщенні роздягнути дитину і провести огляд	Створення комфортних умов для дитини
4.Форма грудної клітки у здорової дитини старшого віку може бути чотирьох типів: Якщо грудна клітка нагадує положення максимального видиху і характеризується наступними проявами: - вузька, довга грудна клітка, - при пальпації не відчувається кут в місці з'єднання груднини та її рукоятки, - епігастральний кут не менше 90*, - більш вертикально розміщені ребра в бокових відділах і більш широкі міжреберні проміжки, - впадини в місцях над – і підключичної ямок, - лопатки відстають від грудної клітки це свідчить про астенічний тип грудної клітки	Визначення форми грудної клітки Астенічний тип грудної клітки – ознака дітей астенічної конституції  *Рис. 20.* Нормальные формы грудной клетки: *а* — нормостеническая; *б* — астеническая; *в* — гиперстеническая.
5.Якщо грудна клітка нагадує положення максимального вдиху і характеризується такими проявами: - грудна клітка має форму циліндра, - значно виражений кут, до з'єднуються груднина і її рукоятка, - епігастральний кут більше 90*, - більш горизонтально розміщені ребра в бокових відділах і звужені міжреберні проміжки, - зглажені надключичні ямки і візуально не видні підключичні ямки, - лопатки щільно прилягають до грудної клітки це свідчить про гіперстенічний тип грудної клітки	Гіперстенічний тип грудної клітки – ознака дітей гіперстенічної конституції  *Рис. 21.* Определение величины надчревного угла.
6.Якщо грудна клітка конусоподібна і для неї є	Нормостенічний тип грудної клітки – ознака дітей

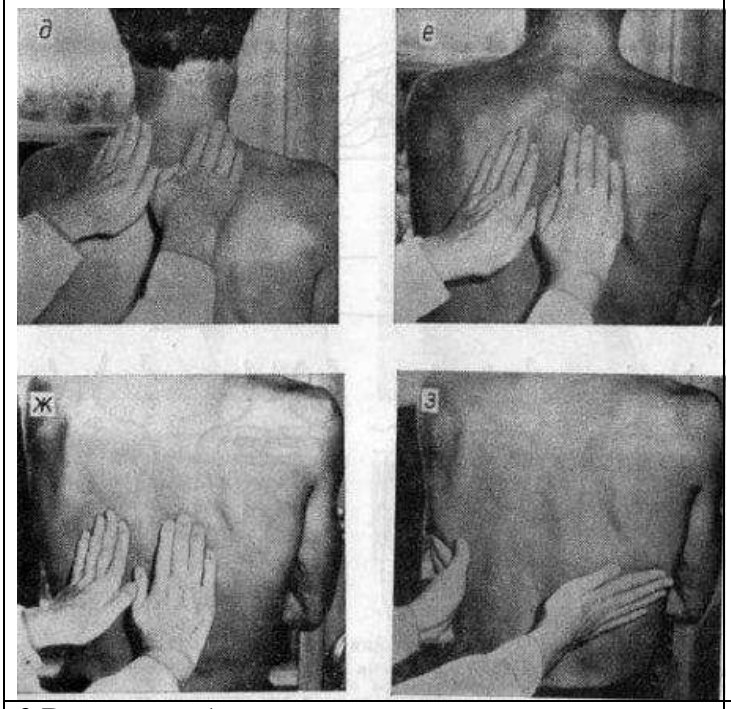
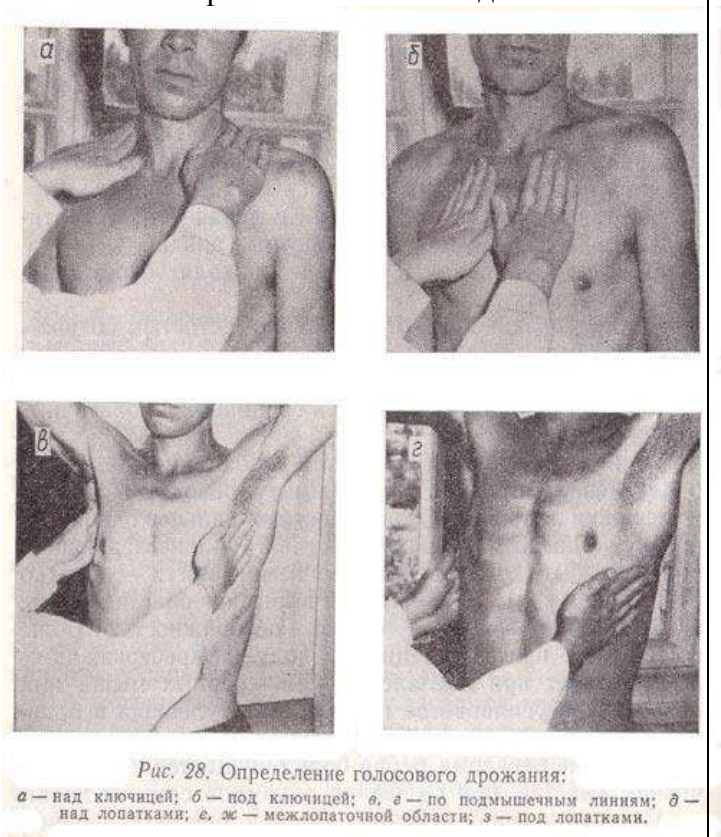
типовими такі прояви: - грудна клітка нагадує усічений конус (добре розвинені м’язи плечового пояса), - поперечний розмір більше передньозаднього розміру, - звичайної форми кут, що з’єднує грудину та її рукоятку, - епігастральний кут дорівнює 90*, - помірно косе розміщення ребер в бокових відділах і нормальна ширина міжреберних проміжків, - дещо видні лише надключичні ямки, - лопатки щільно прилягають до грудної клітки це свідчить про нормостенічний тип грудної клітки	нормостенічної конституції
7. Якщо грудна клітка характеризується такими ознаками: - бочкоподібний вид, - більш значне збільшення міжреберних проміжків це свідчить про емфізематозну патологічну форму грудної клітки	Емфізематозна, патологічна форма грудної клітки – в основі лежить збільшення об’єму легеневої тканини в результаті тривалої емфіземи
8.Оглянути грудну клітку дитини на наявність деформацій: - якщо спостерігається випинання грудини вперед в вигляді кіля – це свідчить про курячі (кілеподібні) груди, - якщо спостерігається втиснення груднини всередину головним чином в її нижній частині – це свідчить про груди „чоботаря” або воронкоподібні груди, - якщо спостерігається деформація грудної клітки у вигляді її втиснення по лінії прикріплення діафрагми до грудини (поперечне заглиблення),при цьому реберні дуги розгорнуті вперед – це свідчить про Гаррісонову борозну	Визначення характерних ознак рахіту
9. Подякувати дитині, допомогти одягнутись	Створення комфортних умов для дитини
10. Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
11.Записати отримані данні до історії розвитку дитини або до історії хвороби дитини	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПРОВОДИТИ ПАЛЬПАЦІЮ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Оснащення : 1.ПФ.Д.03.ПР.Р.05.10

Історія розвитку дитини, історія хвороби дитини, ручка

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на обстеження дитини	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками
2.Вимити , висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
3.В теплому світлому приміщенні роздягнути дитину і провести пальпацію грудної клітки	Створення комфортних умов для дитини
4. Покласти долоню на грудну клітку й акуратно, незначно натискаючи кінчиками пальців на шкіру, пересувати руку по всій поверхні	Обстеження починається з поверхневої пальпації
5. З'ясовуються такі ознаки: біль, набряк та вибухання міжреберних проміжків	Обов'язково вказується локалізація патологічної ознаки
6.Проводиться глибока пальпація – 2 – 3 пальцями більш сильне натискання по черзі по ребрах і міжреберних проміжках, біля хребта і грудини з обох боків	Обстеження продовжується глибокою пальпацією
7. З'ясовуються такі ознаки: біль, набряк та вибухання міжреберних проміжків	Обов'язково вказується локалізація патологічної ознаки
8.Визначається голосове тремтіння : вкласти долонні поверхні кистей обох рук на симетричні ділянки грудної клітки і поступово пересувати руки згори донизу від верхівок легень до нижніх долей (за винятком ділянки лопаток). При цьому одночасно слід попросити хворого голосно вимовити слова, краще з буквою „р" або „ш" („тридцять три", „чашка чаю"). Тремтіння грудної клітки при цьому , що відчувається під руками, і є показником голосового тремтіння 	Голосове тремтіння – це коливання грудної клітки під впливом голосу хворого під час вимови ним слів, крикові, плачу, кашлю В нормі над обома симетричними ділянками грудної клітки голосове тремтіння однакове з обох боків, проте в верніх ділянках воно голосніше в порівнянні з нижніми ділянками  *Рис. 28.* Определение голосового дрожания: *а* — над ключицей; *б* — под ключицей; *в, г* — по подмышечным линиям; *д* — над лопатками; *е, ж* — межлопаточной области; *з* — под лопатками.
9.Водночас обома руками здавлюється грудна клітка в симетричних ділянках спереду і ззаду по серединній лінії з боків, суб'єктивно визначається	Визначення резистентності грудної клітки

виникаючий при цьому опір, який в нормі повинен бути задовільним	
10. Подякувати дитині, допомогти одягнутись	Створення комфортних умов для дитини
11. Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
12. Записати отримані данні до історії розвитку дитини або до історії хвороби дитини	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ПРОВОДИТИ ПОРІВНЯЛЬНУ ТА ТОПОГРАФІЧНУ ПЕРКУСІЮ ГРУДНОЇ КЛІТКИ” 1.ПФ.Д.03.ПР.Р.07.11

Оснащення: Ручка, історія хвороби дитини або історія розвитку дитини.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на обстеження дитини.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками.
2. Вимити і висушити руки, зняти прикраси.	Забезпечення інфекційної безпеки
3. В тихому, теплому, світлому приміщенні роздягнути дитину і провести перкусію грудної клітки.	Створення комфортних умов для дитини.
4. Положення медпрацівника: перкутуючи спереду, він знаходиться з правої сторони хворого, ззаду – з лівої сторони пацієнта. Положення хворого залежить від віку і важкості стану: дитину перших 2 – 3 місяців життя перкутують в положенні лежачи на спині або поклавши її грудьми на долоню ; дитину грудного віку мама повинна тримати в вертикальному положенні, притиснувши до себе, тримаючи симетрично обидві сторони її тулуба; дитина з 2 років життя повинна стояти або сидіти з однаково розташованими симетричними ділянками грудної клітки; перкусія дитини важкого стану проводиться в тому положенні, в якому вона знаходиться, спостерігаючи за симетричністю правої і лівої половини грудної клітки. При перкусії бокових поверхонь грудної клітки дитина може взятись руками за протилежний плечовий суглоб або закинути долоні за потилицю. При перкусії ззаду дитина опускає голову, дещо нахиляє її вперед, а руки зводить попереду або тримається за плечі – це сприяє відведенню лопаток від хребта і розширенню зони, що перкутується.	Загальні правила перкусії грудної клітки. Рис. 52. Перкусія грудної клітки у дитини а – посередня перкусія; б – спосіб Ф.Г.Яновського; в – спосіб В.П.Образцова
5. Існує 2 типи перкусії – опосередкована і безпосередня. При опосередкованій перкусії напівзігнутим III пальцем правої руки б’є по другій фаланзі прикладеного до грудної клітки III пальця лівої руки. При безпосередній перкусії пальцем – молоточком постукує по грудній клітці або нігтьова фаланга вказівного пальця правої руки ковзає з сусіднього середнього пальця і відразу б’є по грудній клітці.	Визначається методика перкусії.
6. Спереду у дітей 10 років і старше починається з опосередкованої перкусії верхівки легені – палець – плесиметр розташовується над ключицями паралельно кістці (справа і зліва). Далі методом безпосередньої перкусії з’ясовуються перкуторні дані по ключицях : справа і зліва (роль плесиметра виконує кістка).Саме з цього місця починається перкусія у дітей віком до 10 років. Після цього проводиться перкусія підключичної області по міжребер’ях з обох боків по середньо ключичним лініям до III – IV ребра, далі перкусія з лівого боку не проводиться. Далі , тільки праворуч, проводиться	Порівняльна перкусія - виконується порівняння звуків, що виникають при перкусії симетрично розташованих ділянок грудної клітки. В нормі звук повинен бути однаковим.

<table>
<tr><td>перкусія зверху вниз по міжребер’ях. Дитина закидає руки на потилицю або на протилежний плечовий суглоб і в такому положенні проводиться перкусія пахвинної ділянки по середньо пахвинній лінії з обох сторін, плесиметр розташовується паралельно ребрам. Перкусія ззаду проводиться в надлопатковій ділянці (плесиметр розташовується горизонтально), в паравертебральній ділянці зверху донизу (палець плесиметр розташовується перпендикулярно ребрам), в підлопаточній ділянці – по лопат очним лініям, палець – плесиметр розташовується по міжребер’ях.</td><td>
Рис. 53. Топографічні лінії на передній поверхні грудної клітки.
1 — передня серединна лінія;
2 — права і ліва грудинні лінії;
3 — права і ліва навкологрудинні лінії;
4 — права і ліва серединноключичні лінії

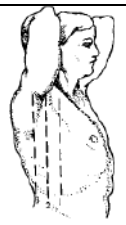



Рис. 54. Топографічні лінії на боковій поверхні грудної клітки.
1 — передня пахвова лінія;
2 — середня пахвова лінія;
3 — задня пахвова лінія</td></tr>
<tr><td>7. В нормі над здоровими легенями вислуховується ясний легеневий звук. При перкусії над серцем, печінкою, тобто над щільними органами, виникає тупий звук. Перкусія над щільною м’язовою тканиною або не дуже щільними органами дає вкорочений (притуплений) звук. Може вислуховуватись тимпанічний(коробковий) звук, схожий на звук, що виникає при ударі по порожній коробці.</td><td>Нормативні перкуторні дані.</td></tr>
<tr><td>8. Палець – плесиметр розташовується паралельно шуканій межі і пересувається від ясного легеневого звуку до тупого: при першому вислуховуванні тупого звуку перкусія припиняється. Межа відзначається з того боку плесиметра, що направлений до ясного звуку - це і буде межа легень (палець – плесиметр при цьому вже знаходиться на поруч розташованому органі – печінці, серці).</td><td>Правила і порядок топографічної перкусії, метою якої є визначення меж легень.</td></tr>
<tr><td>9. Верхня межа легень попереду : плесиметр розташовується над ключицею паралельно їй так, що середня фаланга пальця відповідає середині ключиці. Потім плесиметр при перкуторних ударах пересувається знизу вверх від ясного легеневого до притупленого звуку. Межа визначається по нижньому краю плесиметра. В нормі вона знаходиться на 2 – 4 см вище ключиці. Верхня межа легень ззаду: палець – плесиметр розташовується над віссю лопатки паралельно їй і поступово пр перкусії пересувається в напрямку остистого відростку VII шийного хребця (від ясного легеневого звуку до притуплення). Межа верхівки легень відзначається по нижньому краю пальця. В нормі вона знаходиться на рівні зазначеного остистого відростка VII шийного хребця.</td><td>Лише у дітей старшого шкільного віку при перкусії верхівки визначається верхня межа легень спереду і ззаду.</td></tr>
<tr><td>10.Нижні межи легень визначаються по 3 лініях: середньо ключичній (тільки праворуч), середній пахвовій і лопат очній (з обох боків). Палець – плесиметр пересувається зверху вниз по міжребер’ях, починаючи приблизно на 3 – 4 ребра вище передбаченої межі. Перкусія проводиться від ясного легеневого до тупого звуку. Межа визначається над верхнім краєм плесиметра.
<table>
<tr><td>лінія</td><td>сторона</td><td colspan="2">Вік дитини</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>До 10 років</td><td>Після 10 років</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Середньо ключична</td><td>Права</td><td>VI ребро</td><td>VI ребро</td></tr>
<tr><td>Ліва</td><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Середньо пахвова</td><td>Права</td><td>VII – VIII ребро</td><td>VIII ребро</td></tr>
<tr><td>Ліва</td><td>IX ребро</td><td>VIII ребро</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Лопаточна</td><td>Права</td><td>IX – X ребро</td><td>X ребро</td></tr>
<tr><td>Ліва</td><td>X ребро</td><td>X ребро</td></tr>
</table></td><td>Нижні межі легень залежать від віку дитини.

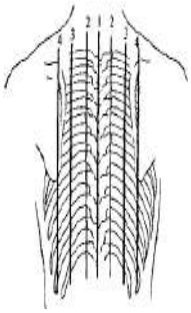
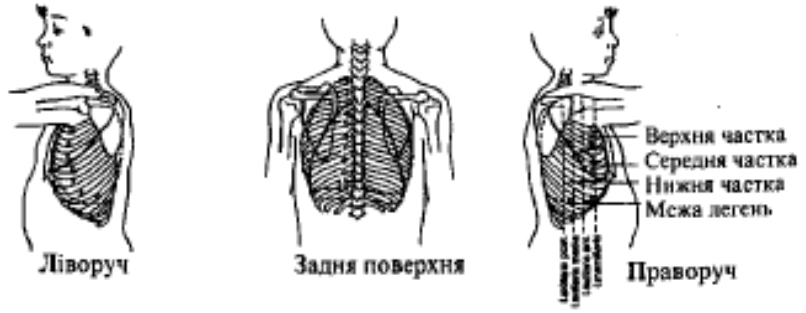



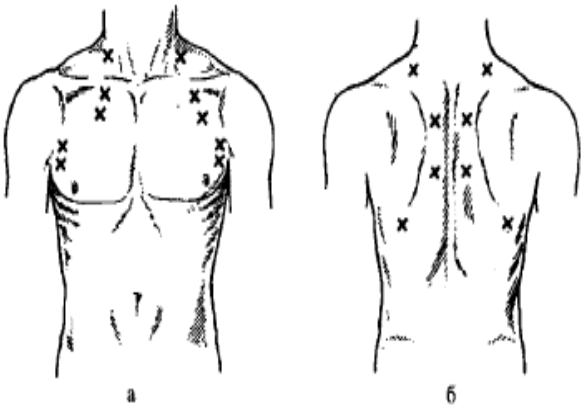
Рис. 55. Топографічні лінії на задній поверхні грудної клітки дитини.
1 – задня серединна лінія;
2 – права і ліва паргебральні лінії;
3 – права і ліва паравертебральні лінії;
4 – права і ліва лопаткові лінії</td></tr>
<tr><td>11. Подякувати дитині, допомогти одягнутись.</td><td>Створення комфортних умов для дитини.</td></tr>
<tr><td>12. Вимити і висушити руки.</td><td>Забезпечення інфекційної безпеки.</td></tr>
<tr><td>13. Записати отримані дані до історії розвитку дитини або до історії</td><td>Забезпечення передачі</td></tr>
</table>

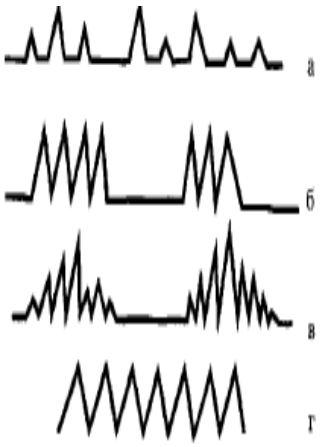
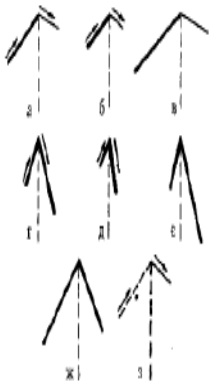
хвороби дитини.  Рис. 69. Межі легень та їх часток	інформації.

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ПРОВОДИТИ АУСКУЛЬТАЦІЮ ЛЕГЕНЬ” 1.ПФ.Д.03.ПР.Р.07.12

Оснащення: Ручка, історія хвороби дитини або історія розвитку дитини, стетофонендоскоп.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на обстеження дитини.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками.
2. Вимити і висушити руки, зняти прикраси.	Забезпечення інфекційної безпеки
3. В тихому, теплому, світлому приміщенні роздягнути дитину і провести аускультацію легень.	Створення комфортних умов для дитини.
4. Положення медпрацівника відносно дитини таке ж, як і при перкусії.. Положення хворого залежить від віку і важкості стану – стоячи, сидячи, важкого хворого – лежачи. Необхідно вислуховувати легені з обох боків, порядок аускультації аналогічний порядку порівняльної перкусії. Вислуховування проводиться на симетричних ділянках (по 2 – 3 дихальних рухи в кожній точці). Фонендоскоп бажано прикладати на ділянки міжребер’я. Вислуховування починається при диханні дитини через ніс, після чого необхідно попросити її зробити декілька глибоких вдихів через рот.  Рис. 71. Схема вислуховування легень у дітей спереду (а) і ззаду (б).	Загальні правила аускультації легень.
5. В нормі над легенями вислуховується **везикулярне дихання**, зумовлене коливанням стінок альвеол і наявністю в них повітря. У дітей до 5 років везикулярне дихання більш гучне і називається **пуерильним** (вислуховуються весь вдих і весь видих). У дітей старше 5 років вислуховується весь вдих і незначна частина видиху – везикулярне дихання. В нормі над гортанню і трахеєю, а також спереду над руків’ям грудини і позаду в міжлопаточному просторі до III – IV грудного хребця визначається бронхіальне дихання (вислуховується весь вдих і весь видих, більш сильний і тривалий, ніж	Визначення виду дихання.

вдих).	
6.У здорових дітей везикулярне дихання може відрізнятись від звичайного стандартного звучання: – послаблене везикулярне дихання – при ожирінні, під час сну; - посилене везикулярне дихання вислуховується над здоровою легенею, що компенсаторно приймає активну участь в акті дихання при значному ураженні легеневої тканини з іншого боку.	Визначення різних видів везикулярного дихання.
7. Аускультативно може визначатись: - **жорстке дихання** у порівнянні з везикулярним гучне, грубе, може бути тремтячим, вислуховується весь вдих і весь видих. У малюка жорстке дихання тільки підвищеною гучністю відрізняється від пуерильного дихання. У старших дітей вислуховується весь видих. В основі лежить звуження просвіту невеликих бронхів. Виникає при бронхіті, пневмонії. - **ослаблене дихання,** в основі його лежить здавлення легеневої тканини, недостатність екскурсії легень, недостатність дихальних рухів, порушення надходження в альвеоли необхідної кількості повітря, високе розташування діафрагми. - **бронхіальне дихання** виникає над ділянками ущільнення легеневої тканини при задовільній прохідності бронхів. Вислуховується при пневмонії та туберкульозі. В рідкісних випадках може вислуховуватись **амфоричне дихання** (при бронхоектазах, кавернах –повітря, що надходить в порожнини, створює ще більш гучний звук), сакадоване дихання (в основі лежить нерівномірне скорочення діафрагми, проявляється переривчастим вдихом. Може бути при охолодженні дитини і її тремтінні, а також при плачі малюка).  Рис. 68. Графічне зображення патологічних типів дихання у дітей. а»хаотичне дихання; б»дихання Біота; в»дихання Чейна»Стокса; г»дихання Кусмауля.	Визначення патологічних типів дихання.
8. Аускультативно можуть визначатись: А. **<u>Хрипи</u>** – це додаткові патологічні звуки, що вислуховуються над легенями під час вдиху і видиху й обумовлені накопиченням в дихальних шляхах рідини, секрету, слизу, крові, гною. Хрипи бувають вологі і сухі. <u>Вологі</u> хрипи утворюються при наявності рідини в бронхах і лопанні її пухирців під впливом повітря, що рухається дихальними шляхами. Розрізняють дрібно-, середньо – і крупно пухирчасті хрипи. Дрібно пухирчасті хрипи виникають в дрібних бронхах, бронхіолах; не підлягають підрахунку, більше виражені під час вдиху. Середньо пухирчасті хрипи виникають в бронхах середнього калібру, вислуховуються під час вдиху і видиху. Крупно пухирчасті хрипи виникають в великих бронхах, трахеї – поодинокі, часто зникають після продуктивного кашлю. Оцінюється також звучність хрипів	Визначення патологічних шумів.  Рис. 72. Графічне зображення різних типів дихання у дітей. а » везикулярне; б » ослаблене везикулярне; в » посилене везикулярне (пуерильне); г » бронхіальне; д » ослаблене бронхіальне; є » посилене бронхіальне; ж » жорстке; з »сакадоване;

(звучні – з високим тоном, іноді з металевим відтінком; не звучні) . Сухі хрипи виникають при накопиченні в дихальних шляхах щільного, в'язкого мокротиння, що звисає зі слизової оболонки бронхів у вигляді плівок або ниток, які розтягнені між стінками. Сухі хрипи бувають гудючі, дзижчачи і свистячі . Сухі гудючі хрипи виникають в великих бронхах, вислуховуються під час вдиху і менше під час видиху. Сухі дзижчачи хрипи виникають в бронхах середнього порядку в фазі вдиху і видиху. Сухі свистячі хрипи виникають в дрібних бронхах і бронхіолах, вислуховуються під час вдиху і видиху. Б. **Крепітація** - коли повітря доходить до альвеоли, вона розширюється і роз'єднання її з'єднаних стінок вислуховується як найбільш дрібний звук. Вислуховується на висоті або в кінці вдиху. Це патогномонічна ознака пневмонії. В. **Шум тертя плеври** - це звуки, що вислуховуються аускультативно над ураженою плеврою. Тертя нерівних поверхонь плеври одна об одну при диханні, що встановлюється об'єктивно, і є шум тертя плеври. За звуком шум нагадує шелест листів паперу при аналогічному терті.	
9. Подякувати дитині, допомогти одягнутись.	Створення комфортних умов для дитини.
10. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки.
11. Записати отримані дані до історії розвитку дитини або до історії хвороби дитини.	Забезпечення передачі інформації.

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПРОВОДИТИ ПІДРАХУНОК ЧАСТОТИ ДИХАННЯ

Оснащення : 1.ПФ.Д.03.ПП.Н.04.38

Стетофонендоскоп, секундомір

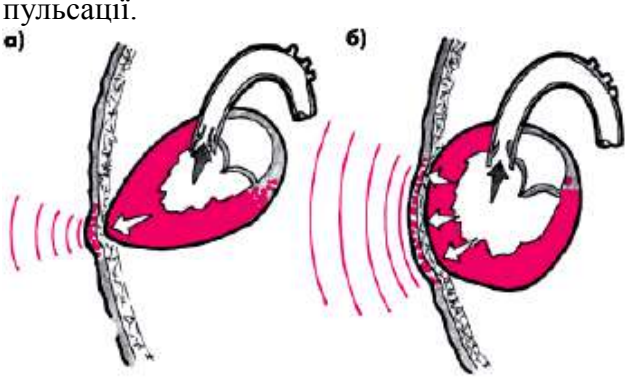
ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз'яснити матері (дитині) мету і хід Процедури	Забезпечення права на інформацію, участь в Процедурі
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
4.В теплому світлому приміщенні уважно оглянь дитину і вибери метод підрахунку дихання	Існує три методи підрахунку дихання: - пальпаторний, - аускультативний, - візуальний
5.Зверни увагу на характер (поверхневе чи глибоке) та тип дихання	Тип дихання у дітей першого року життя – діафрагмальний, на 2 – му році життя – змішаний, в 3 – 4 роки – переважає грудне дихання . Після 7 років у хлопчиків переважає че у дівчаток – грудний тип дихання
6.Поклади долоню на живіт або грудну клітину дитини і, не фіксуючи уваги дитини, підрахуй за допомогою секугдоміра кількість дихальних рухів за 1 хвилину. Порівняй дані з віковою нормою	Пальпаторний метод
7.Поклади стетофонендоскоп на грудну клітку дитини та підрахуй частоту вдихів або видихів за 1 хвилину.Порівняй дані з віковою нормою	Аускультативний метод
8. Уважно спостерігаючи за дитиною, за допомогою секундоміра підрахуй частоту	Візуальний метод застосовується у дітей раннього віку при наявності ядухи

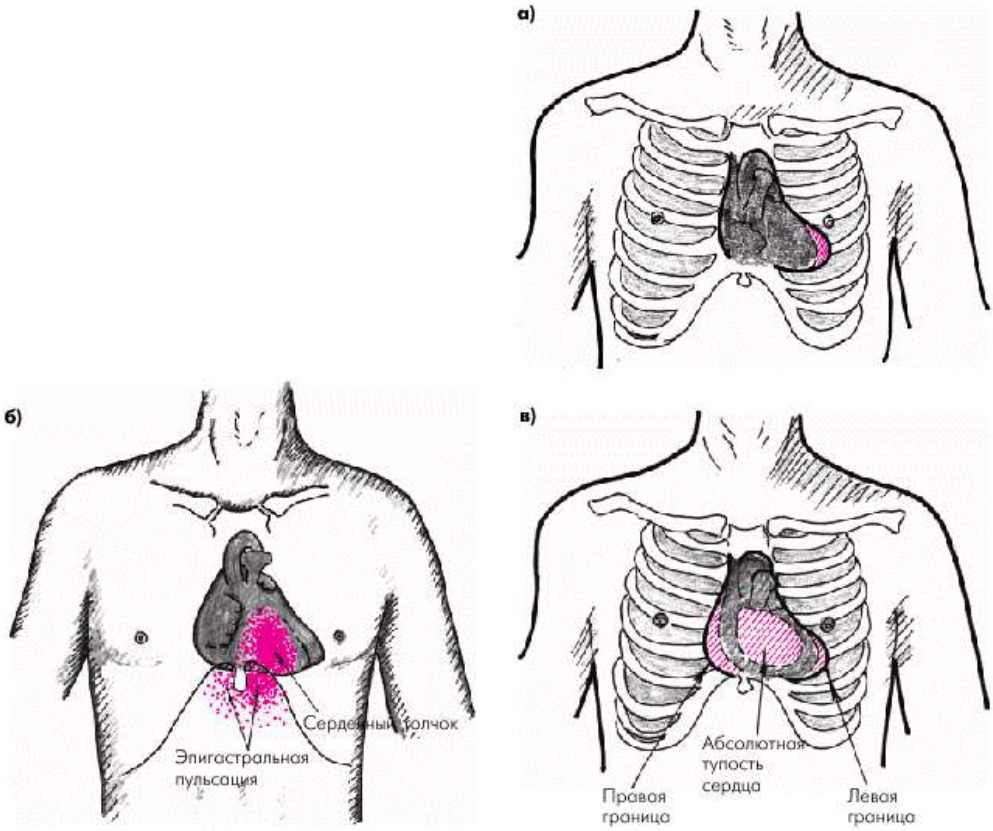
вдихів або видихів	
9.Подякувати дитині, допомогти одягнутись	Створення комфортних умов для дитини
10.Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
11. Порівняти отримані дані з віковою нормою: 0 – 6 міс – 40 – 60 дихальних рухів за хвилину 6 – 12 міс – 35 – 40 дихальних рухів за хв 12 міс - 30 – 35 дихальних рухів за хв 1 – 5 років – 25 – 30 дихальних рухів за хв 5 – 6 років – 25 дихальних рухів за хв 6 – 15 років – 20 – 25 дихальних рухів за хв	Кількість дихальних рухів залежно від віку

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ПРОВОДИТИ ОГЛЯД ДІЛЯНКИ СЕРЦЯ”

Оснащення: Ручка, історія хвороби дитини або історія розвитку дитини.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на обстеження дитини.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками.
2. Вимити і висушити руки, зняти прикраси.	Забезпечення інфекційної безпеки
3. В тихому, теплому, світлому приміщенні роздягнути дитину і провести огляд ділянки серця.	Створення комфортних умов для дитини.
4.**Верхівковий поштовх** – це удари верхівки серця по невеликій ділянці стінки грудної клітки під час кожної систоли. Верхівковий поштовх у вигляді слабкої пульсації візуально визначається майже у всіх дітей. При вузьких міжреберних проміжках або при значній товщині підшкірно – жирової клітковини у повної дитини верхівковий поштовх візуально не визначається. При гіпотрофії та виснаженні, після фізичного навантаження, при емоційному збудженні поштовх має вигляд сильної пульсації.  	Визначення верхівкового поштовху.
5. При огляді встановлюються такі критерії: - місце розташування верхівкового поштовху по горизонтальній лінії – в нормі до 1,5 років він знаходиться в IV , а потім у V міжребер’ї; - місце розташування по вертикальній лінії: = до 2 років – на 1 – 2 см назовні від лівої середньо ключичної лінії; = від 2 до 7 років – на 1 см назовні від неї; = від 7 до 12 років – по цій лінії; = у дітей старше 12 років – на 0,5 см всередину від лівої середньо ключичної лінії. - площа верхівкового поштовху – в нормі не більше 1 х 1 см, у старших дітей може бути 2 х 2 см.	Визначення критеріїв верхівкового поштовху.

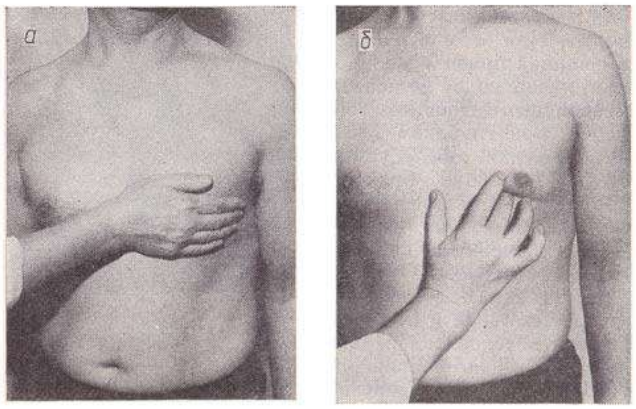
6. **Серцевий поштовх** – це коливання великої ділянки грудної клітки в проекції серця, може бути і за її межами, яке виникає при ударі по ній не тільки верхівки, але і стінок шлуночків під час систоли. Серцевий поштовх візуально в нормі не визначається; його наявність при огляді вказує на значне збільшення розмірів серця і сили його скорочень (найчастіше при вадах серця); може бути при емфіземі легень, пухлині середостіння, що наближає серце до грудної клітки.  	Визначення серцевого поштовху.
7. **Серцевий горб** – це випинання грудної клітки у вигляді деформації в ділянці серця, яке виявляється візуально (ознака тривалої серцевої вади). Виникає горб головним чином у дітей молодшого віку. При відносно щільній кістковій тканині у дітей старшого віку для цього потрібен тривалий час. Локалізація горба щодо груднини частково вказує на те, гіпертрофія якого відділу серця має місце: ближче до груднини – уражений правий відділ, далі від неї – лівий відділ.	Визначення серцевого горбу.
8. Подякувати дитині, допомогти одягнутись.	Створення комфортних умов для дитини.
9. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки.
10. Записати отримані дані до історії розвитку дитини або до історії хвороби дитини.	Забезпечення передачі інформації.

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПРОВОДИТИ ПАЛЬПАЦІЮ ВЕРХІВКОВОГО ПОШТОВХУ

Оснащення: Секундомір, стетофонендоскоп, ручка, історія хвороби або історія розвитку дитини

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на обстеження дитини	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками
2.Вимитн , висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
3.В теплому світлому приміщенні роздягнути дитину і провести пальпацію верхівкового поштовху	Створення комфортних умов для дитини
4. **Верхівковий поштовх** - це удари верхівки серця по невеликій ділянці стінки грудної клітки під час кожної систоли. Верхівковий поштовх у вигляді слабкої пульсації візуально визначається майже у всіх дітей. При огляді встановлюються такі критерії: - місце розташування верхівкового поштовху по горизонтальній лінії, - площа верхівкового поштовху, - місце розташування по вертикальній лінії 	Визначення поняття „ верхівковий поштовх" В нормі до 1,5 років він знаходиться в 4, а потім у 5 міжребер'ї В нормі не більше 1х1 см,у старших-2х2см В нормі: - до 2 років - на 1 - 2 см назовні від лівої середньоключичної лінії, - від 2 до 7 років - на 1 см назовні від неї, - від 7 до 12 років - по цій лінії, - у дітей старше 12 років - на 0,5 см всередину від лівої середньоключичної лінії
5. Підрахувати частоту серцевих скорочень за хвилину за допомогою секундоміру 	1 пульсовий удар = 1 серцеве скорочення = 1 верхівковий поштовх =2 серцевих тонн

6. Хворий знаходиться лежачи на спині, фельдшер сидить праворуч від дитини, долоня правої руки всією поверхнею кладеться на ліву половину грудної клітки в ділянці серця основою кисті в сторону груднини, кінцеві фаланги пальців цієї ж руки переміщуються по міжребер'ї ззовні всередину в сторону груднини до визначення максимального поштовху. Уточнення локалізації верхівкового поштовху, а також його даних, проводиться кінчиками 2-3 пальців	Методика пальпації верхівкового поштовху
7. З'ясовуються такі критерії: - локалізація - залежить від віку дитини, положення хворого, етапу дихання, - поширеність (площа) - нормальна площа 1 х 1 см, у дітей старшого віку -2х2 см, - висота(величина) - оцінюється за амплітудою коливань міжреберних проміжків під час систоли, - резистентність (сила) - суб'єктивно визначається розміром сили, яку потрібно застосувати для перешкоди випинанню стінки грудної клітки під час систоли (або це тиск, що відчувається пальцем під час пальпації)	Оцінення критеріїв верхівкового поштовху  *Рис. 38.* Определение верхушечного толчка: *а* — ладонной поверхностью кисти; *б* — концевой фалангой согнутого пальца.
8. Подякувати дитині, допомогти одягнутись	Створення комфортних умов для дитини
9. Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
10. Записати отримані данні до історії розвитку дитини або до історії хвороби дитини	Забезпечення передачі інформації

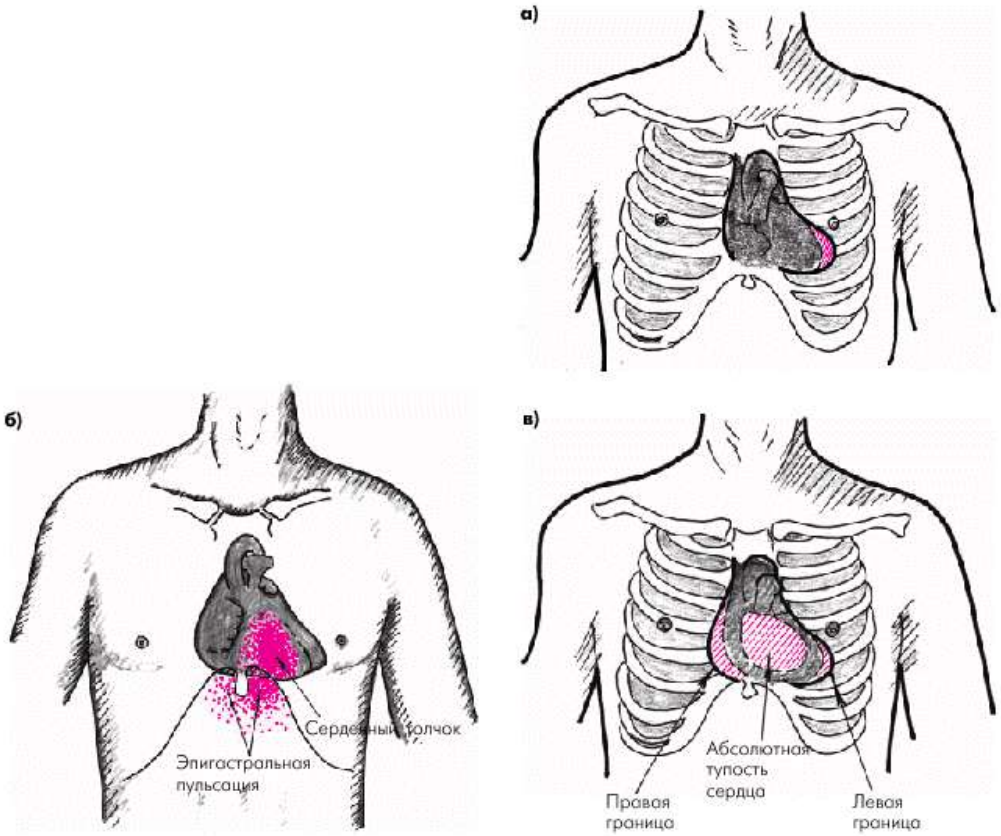
АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ПРОВОДИТИ ПЕРКУСІЮ СЕРЦЯ”

Оснащення: Ручка, історія хвороби дитини або історія розвитку дитини.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на обстеження дитини.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками.
2. Вимити і висушити руки, зняти прикраси.	Забезпечення інфекційної безпеки
3. В тихому, теплому, світлому приміщенні роздягнути дитину і провести перкусію серця.	Створення комфортних умов для дитини.
4. Перкусія серця дозволяє визначити межі органа і встановити його розміри. Тільки невелика внутрішня частина передньої поверхні серця безпосередньо прилягає до грудної клітки. Межи цієї зони називаються **межі абсолютної серцевої тупості**. Інша частина передньої поверхні серця прикрита легенями. Визначення межі цієї зони, тобто справжніх розмірів серця, полягає у встановленні **межі відносної серцевої тупості**. У дітей, особливо раннього віку, перкуторно абсолютну серцеву тупість визначають нечасто, і тому на практиці головним діагностичним	Визначення абсолютної і відносної серцевої тупості.

показником є межі відносної серцевої тупості.	
5. Медпрацівник розташовується з правої сторони дитини; найкраще обстежувати хворого у вертикальному положенні з опущеними руками, важку дитину, малюка – в горизонтальному положенні, перкусія проводиться по міжреберним проміжкам в напрямку від легеневої тканини до серця; палець – плесиметр розташовується паралельно межі серця, яку потрібно знайти; порядок перкусії – права, верхня, ліва межі відносної серцевої тупості.	Правила і методика перкусії.
6. **Визначення правої межі**: спочатку, розташувавши палець – плесиметр справа в II – III міжребер'ї паралельно ребрам, перкуторно зверху вниз по середньо ключичній лінії встановлюється нижня межа правої легені. Після цього, піднявшись на 1 міжребер'я вище і розташувавши палець паралельно правій межі серця (тобто перпендикулярно ребрам), проводиться перкусія ззовні всередину від ясного легеневого звуку до притуплення. Виникнення притуплення вказує на те, що палець плесиметр знаходиться на межі серця; перкусія припиняється, межа серця відзначається з зовнішньої сторони пальця.	Визначення правої межі відносної серцевої тупості.
7**. Визначення верхньої межи:** палець – плесиметр встановлюється зліва в 1 міжребер'ї паралельно ребрам по середньо – ключичної лінії у дітей раннього віку, а по парастернальній лінії у дітей старшого віку. Перкусія проводиться зверху вниз до появи притупленого звуку, відзначається межа серця над верхнім краєм пальця.	Визначення верхньої межи відносної серцевої тупості.
8. **Визначення лівої межи** : спочатку пальпаторно визначається локалізація верхівкового поштовху, по цьому ж міжребер'ю палець проводиться до передньої пахвової лінії, і перкусія проводиться по тому ж міжребер'ю. Якщо верхівковий поштовх пальпаторно не найдений, то перкусія проводиться по тому ж міжребер'ю, де поштовх повинен знаходитись в залежності від віку – IV – V .	Визначення лівої межи відносної серцевої тупості.
9. **Поперечний розмір серця** – це сума відстаней від середини груднини до правої межі серця (до 1, 5 року визначається по III, після 1,5 року – по IV міжребер'ях) і від середини груднини до лівої межі серця. Межі відносної серцевої тупості з віком дитини відносно зменшуються , а поперечний розмір серця – збільшується.	Визначення поперечного розміру серця.



Нормативні показники меж відносної серцевої тупості і поперечних розмірів серця.

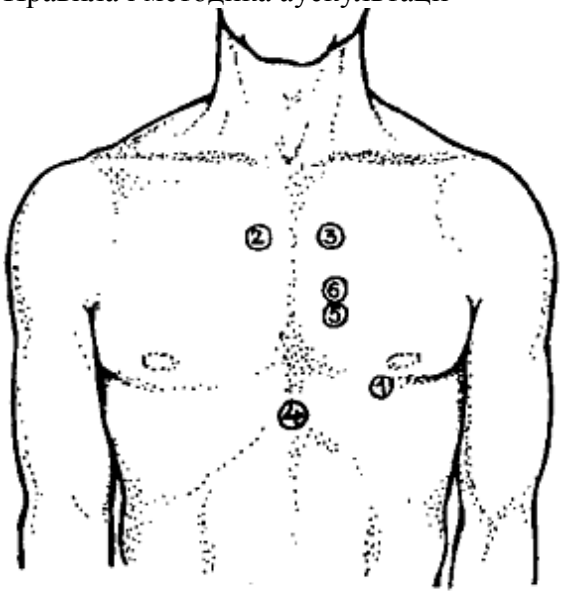
Межа	Вік дитини			
	До 2 років	2 – 7 років	7 – 12 років	Старше 12 років
Права	Права парастернальна лінія	Всередину від правої парастернальної лінії	Посередині між правою парастернальною і правою стернальною лініями	Посередині між правою парастернальною і правою стернальною лініями, ближче до останньої; надалі – права стернальна лінія
Верхня	II ребро	II міжребер'я	III ребро	III ребро або III міжребер'я
Ліва	2 см назовні від лівої середньо ключичної лінії	1 см назовні від лівої середньо ключичної лінії	На 0,5 см назовні від лівої середньо ключичної лінії	На лівій середньо – ключичній лінії або 0,5 см усередину від неї
Поперечний розмір	6 – 9 см	8 – 12 см	9 – 14 см	9 – 14 см

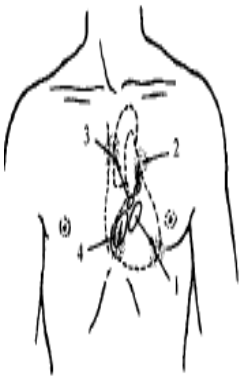
8. Подякувати дитині, допомогти одягнутись.	Створення комфортних умов для дитини.
9. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки.
10. Записати отримані дані до історії розвитку дитини або до історії хвороби дитини.	Забезпечення передачі інформації.

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПРОВОДИТИ АУСКУЛЬТАЦІЮ СЕРЦЯ1.ПФ.Д.03.ПР.Р.07.12

Оснащення: Секундомір, стетофонендоскоп, ручка, історія хвороби або історія розвитку дитини

ЕТАПИ	ОБҐРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на обстеження дитини	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками
2.Вимити, висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
3.В теплому світлому приміщенні роздягнути дитину і провести аускультацію серця	Створення комфортних умов для дитини
4. Аускультація серця проводиться стетоскопом з діаметром розтруба не більше 2 см.	Правила і методика аускультації
5. - розташуватися праворуч від дитини, - проводити аускультацію в різних положеннях хворого : лежачи на спині, на лівому боці, стоячи, - необхідно порівняти аускультативні дані в момент вдиху, видиху, а також при затримці дихання, - за показами у дітей старше 9 років серце вислуховується після спеціального фізичного навантаження, - аускультація місць вислуховування серця проводиться в певній послідовності. - після вислуховування серця в зазначених місцях вислуховування, аускультація продовжується по всі ділянці проекції серця, а також в пахвовій, підключичній, надчеревній ділянках, на спині	Правила і методика аускультації  Рис. 32. Точки аускультации

6. Перша точка вислуховування - ділянка верхівки (вислуховується мітральний клапан), друга точка - друге міжребер'я праворуч від груднини (вислуховуються клапани аорти), третя точка - друге міжребер'я ліворуч від груднини (вислуховуються клапани легеневої артерії), четверта точка - місце прикріплення мечоподібного відростку до груднини, трохи праворуч (вислуховується тристулковий клапан) , п'ята точка - місце прикріплення 3-4 лівих ребер до краю груднини (вислуховуються клапани мітральний і аорти)	Послідовність аускультації серця  Рис. 74. Точки аускультації клапанів серця 1 – область мітрального клапана; 2 – область клапана легеневої артерії, 3 – область клапана аорти; 4 – область тристулкового клапана.
7. В нормі у всіх пятьох місцях вислуховуються 1 та 2 тони. Підрахувати частоту серцевих скорочень за хвилину за допомогою секундоміру	Підрахунок частоти серцевих скорочень
8 .Перший тон - це сума звукових явищ, обумовлена слідуючими компонентами: - клапанний - коливання при закритті дво - і тристулкового клапанів, а також невелике значення має відкриття клапанів аорти і легеневої артерії- м'язовій - скорочення м'язів шлуночків, - судинний - коливання стінок аорти і легеневої артерії, - передсердний - напруга м'язів передсердь В основі другого тону лежить клапанний компонент - закриття і напруга півмісяцевих клапанів аорти і легеневої артерії. Більш, ніжу половини дітей після 2 тону, тобто на початку діастоли, вислуховується тихий короткий 3 тон. Причиною його виникнення є розтягнення м'язової стінки шлуночків при надходженні в них крові (найкраще вислуховується і підлітків у горизонтальному положенні в 5 місці вислуховування). У дітей (частіше спортсменів) іноді вислуховується слабкий 4 тон, передсердний, зв'язаний зі скороченням передсердь.	Перший тон виникає на початку скорочення шлуночків - систоли, і він називається систолічним, другий - на початку заповнення шлуночків кров'ю - діастоли, і називається діастолічний
9. Протягом перших 2-3 днів життя дитини в 1 місці вислуховування 2 тон дещо переважає (тобто сильніший) над 1, потім ці тонн вирівнюються (тобто стають однаковими по силі звуку). 3 2-3 місяця грудного періоду і протягом всього життя 1 тон стає сильніше 2. В 2 і 3 місцях вислуховування протягом 1-го року життя 1 тон сильніше 2. Потім ці тони по гучності зрівнюються. На 3 -му році життя звучання тонів змінюється - 2 тон переважає над 1 протягом всього життя. Необхідно звернути увагу на різницю в силі звучання 2 тону над аортою і 2 тону над легеневою артерією. В нормі з 2	Звучання тонів у дітей залежить від віку.

року життя до 12 років 2 тон над легеневою артерією (ліворуч) сильніше 2 тону над аортою (праворуч). Це називається посилення 2 тону над легеневою артерією. В 12 років звучання цих тонів вирівнюється.	
10. Іноді у дітей замість одного тону (першого або другого) можуть вислуховуватися два короткі тони. В такому випадку мова йде про роздвоєння або розщеплення тону. Роздвоєнням називається такий поділ тону, коли між цими короткими тонами є нетривала, але чітка пауза, яка вислуховується. Розщепленням називається такий варіант поділу тону, коли він вислуховується нечистим, начебто б з двох частин, але пауза між ними не просдуховується.	Причинами роздвоєння тонів серця є неодноразове скорочення правого і лівого шлуночків або не синхронне закриття клапанів
11. Ослаблення (приглушеність) тонів серця у здорової дитини може бути при надмірному натискуванні розтрубом на грудну клітку. Шуми -це додаткові звуки, які виявляються під час аускультації і вислуховуються між тонами серця під час систоли або діастоли. Встановлюють такі критерії шуму: систолічний (вислуховується під час систолі - відносно короткої паузи між 1 і 2 тонами) чи діастолічний (вислуховується під час діастоли - відносно довгої паузи між 1 і 2 тонами), яку частину систоли або діастоли займаєшум, зв'язок шуму з тонами серця, тембр(м'який, ніжний, грубий, дуючий та інш.), сила (слабкий, сильний), місце найкращого вислуховування - епіцентр, іррадіація, залежність від пози дитини і фізичного навантаження	Визначення шумів при аускультації серця Мал. 34. ЕКГ у дітей різного віку. I, II, III — номери стандартних відведень ЕКГ
12. Подякувати дитині, допомогти одягнутись	Створення комфортних умов для дитини
13. Вимити і висушити руки.	Забезпечення передачі інформації
14. Записати отримані данні до історії розвитку дитини або до історії хвороби дитини.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПРОВОДИТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЛАСТИВОСТЕЙ ПУЛЬСУ

1.ПФ.Д.04.ПР.Н.03.35

Оснащення:

Секундомір, стетофонендоскоп

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз'яснити матері (дитині) мету і хід Процедури	Забезпечення права на інформацію, участь в процедурі
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
4.В теплому світлому приміщенні уважно оглянь дитину і вибери метод підрахунку частоти пульсу. Пульс – це періодичні коливання стінок артерій унаслідок руху крові та зміни тиску в судинах при кожному скороченні серця	Існує два методи підрахунку частоти пульсу - пальпаторний, - аускультативний

5.Захопи променево – зап'ястковий суглоб дитини так, щоб великий палець був з боку ліктя, а решта пальців – з протилежного боку. Вказівним і середнім пальцями пальпуй променеву артерію, дещо притискаючи її до кістки. Підрахуй частоту пульсу за 1 хвилину	Пальпаторний метод Частоту пульсу також можна підрахувати на скроневій, сонній, ліктьовій, стегновій артер та в ділянці відкритого великого тім'ячка
6.Поклади стетофонендоскоп на верхівку серця. Підрахуй частоту пульсу за 1 хвилину. Частота пульсу – це кількість пульсових коливань за 1 хвилину.	Аускультативний метод. Частіше використовується у дітей 1- го року життя. Верхівка серця у дітей 1 – го року життя знаходиться в 4 міжребер'ї зліва на 1 – 1,5 см назовні від лівої середньо- ключичної лінії
7. Порівняти отримані дані з віковою нормою: 0 – 6 міс – 120 – 140 за хвилину 6 – 12 міс – 120 – 125 за хвилину 1 – 2 роки – 110 – 115 за хвилину 2 – 3 роки – 105 - 110 за хвилину 3 – 6 років – 100- 105 за хвилину 6 – 7 років – 90 – 100 за хвилину 7 – 12 років – 75 – 90 за хвилину більше 12 років – 70 – 75 за хвилину	Частота скорочень серця залежно від віку
8.Визначити наповнення пульсу : високі пульсові хвилі або малі пульсові хвилі.	Наповнення пульсу – кількість крові,яка утворює пульсову хвилю й залежить від систолічного об'єму серця.
9. Визначити напруження пульсу: з силою притиснути стінку артерії, щоб припинити пульсацію	Напруження пульсу – ступінь опору артерії натиску пальця.
10. Визначити ритмічність пульсу : ритмічний або аритмічний	Ритмічність – однаковий інтервал між пульсовими хвилями

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
" ПРОВОДИТИ ВИМІРЮВАННЯ АТ"

Оснащення: тонометр, манжетка згідно віку дитини, стетофонендоскоп

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз 'яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення. Підготувати дитину: за 3 години до вимірювання не приймати препарати, що впливають на тиск, а також харчові продукти з аналогічною дією (чай, кава).За 1 годину відмінити фізичне навантаження.	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Залежно від віку дитини вибери розмір манжетки: до 1 року – 3,5 х 7 см, до 2 років – 4,5 х 9 см, до 4 років – 5,5 х 11 см, до 7 років – 6, 5 х 13 см, до 10 років – 8,5 х 15 см,	Розмір манжетки залежить від обводу плеча дитини

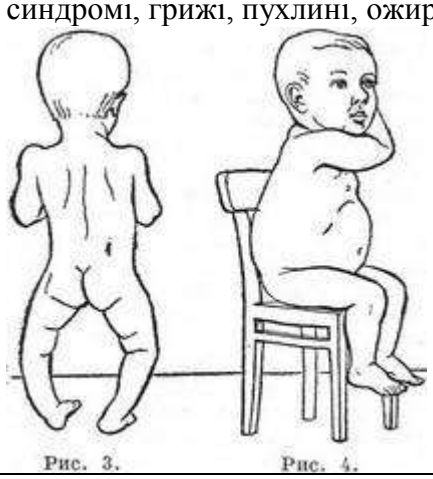
після 10 років – стандартний розмір.	
5. Дитина повинна бути в сидячому, а при необхідності – в лежачому положенні.	Забезпечення комфортних умов дитини
6.Апарат розміщується на столі, ліжку так, щоб на одному горизонтальному рівні знаходились серце дитини, рука, нульовий показник шкали і манжетка. Манжетка повністю звільняється від повітря, накладається на плече на 2 см вище ліктьової ямки так, щоб під неї можна було підвести 1 – 2 пальці. Рука дитини лежить долонею догори, м'язи розслаблені. Пальпаторно визначається локалізація плечової артерії в ліктьовій ямці. На місце плечової артерії прикладається розтруб фонендоскопу і нагнітається повітря в манжетку до рівня на 40 – 50 мм рт. ст. вище того тиску, при якому припинилася пульсація артерії. Надалі повільно знижується тиск в манжетці – аускультативно і візуально реєструється момент появи і припинення тонів .	Забезпечення правильності виконання процедури Рис. 78. Вимірювання артеріального тиску на руці Ці два показники відповідають : перший – систолічному, Другий – діастолічному тиску.
7. Дитина лежить на животі, розтруб прикладається до підколінної артерії. Накладається манжетка , дивись вище.	Методика вимірювання АТ на нижніх кінцівках.
8. Порівняй дані з віковою нормою. У новонароджених – тиск на верхніх і нижніх кінцівках дорівнює 70/35 мм рт ст. В 12 місяців – 90 / 60 мм рт ст. На першому році життя – **систолічний тиск = 70 + п** , п – кількість місяців. Після року систолічний тиск визначається за формулою **80 + 2 х п** , де п - кількість років дитині. Діастолічний тиск в нормі = 1/2 або 2/3 від систолічного. Після 5 років систолічний тиск визначається за формулою **90 + 2 х п,** де п – кількість років дитині. Допустиме коливання в сторону зменшення і збільшення – 15 мм рт ст., У дівчаток тиск на 5 мм рт ст. менше вказаних цифр. У дітей до 9 місяців АТ на нижніх кінцівках дорівнює АТ на верхніх кінцівках. Потім, коли дитина набуває вертикального положення, АТ на нижніх кінцівках стає вище, ніж на верхніх – на 5 – 20 мм рт ст.. В клінічній практиці часто застосовується показник так званого пульсового тиску – він дорівнює різниці між систолічним тиском і діастолічним тиском.	Формула Мол чанова
9. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки
10.Зробити відмітку в температурному листку.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПРОВОДИТИ ОГЛЯД ЖИВОТА

1.ПФ.Д.06.ПР.Р.03.38

Оснащення:Історія хвороби дитини або карта розвитку дитини, ручка

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на обстеження дитини , роздягнути дитину	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками
2.Вимити , висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
3. Огляд спочатку проводиться в вертикальному (виняток – важкий стан дитини), а далі – в горизонтальному положеннях (лежачи на спині і на боку)	Саме в вертикальному положенні можна встановити такі прояви, як: асцит, асиметрія живота, грижа
4. При огляді ділянки живота з'ясовуються такі ознаки, як збільшення живота : - для метеоризму, асциту характерне випинання пупка, живіт має вигляд натягнутоі шкіри, складки на животі відсутні - живіт у дитини з ожирінням теж великих розмірів, але пупок втягнений, а для шкіри характерні складки - збільшення печінки (гепатомегалія), селезінки (спленомегалія), пухлина, пупкова грижа, грижа білоі лінії живота призводять до асиметричного випинання черевноі стінки у відповідній ділянці	Збільщення живота може бути при метеоризмі, асциті, гепатолієнальному синдромі, грижі, пухлині, ожирінні  Рис. 3. Рис. 4.
5. Якщо живіт збільшений, проте його розширення переважає з боків – це носить назву « жаб'ячий живіт»	«Жаб'ячий живіт» є ознакою гпотонусу черевних м'язів
6. Якщо живіт втягнений, це може свідчити про виснаження, менінгіт, початкову стадію перитоніту	Втягнений живіт є ознакою сильного скорочення м'язів черевної стінки
7. Якщо через декілька хвилин після поглажування фалангами пальців епігастральної ділянки з'являється здуття, яке переміщується, в вигляді кулі ,це називається симптом «піскового годинника»	Симптом «піскового годинника» свідчить про пілоростеноз
8.Якщо на стінці живота виражена венозна сітка – ця ознака називається «голова медузи»	«голова медузи» – ознака утруднення току крові через портальну систему (ознака портальної гіпертензіі при цирозі печінки)
9.Подякувати дитині, допомогти одягнутись	Створення комфортних умов для Дитини
10.Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
11.Заповнити історію хвороби або історію розвитку дитини,	Забезпечення передачі інформації

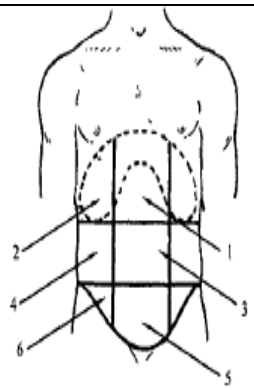
АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПРОВОДИТИ ПЕРКУСІЮ ЖИВОТА 1.ПФ.Д.06.ПП.Р.05.10

Оснащення: Історія хвороби дитини або карта розвитку дитини, ручка

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на обстеження дитини , роздягнути дитину	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками
2.Вимити , висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
3.При перкусіі передньоі черевноі стінки застосовується частіше опосередкований спосіб, можна скористатися і безпосереднім методом	Визначення методу перкусіі
4. В нормі майже по всій поверхні живота виникає тимпанічний звук	Формування тимпанічного звуку пов'язане з наявністю газу в кишках, що

	виповнюють більшу частину об'єму черевної порожнини
5. Тупий звук визначається над печінкою, селезінкою, ділянками кишок, заповнених каловими масами, і заповненим сечовим міхуром	Формування тупого звуку пов'язане з наявністю щільних органів (зникає після сечовиділення)
6. Дитина натщесерце випиває склянку води і приймає горизонтальне положення. Ліктьовий край лівоі кисті кладеться в ділянці мечовидного відростка, добре притискаючи. При цьому під рукою в шлунку розташовується шар рідини і над ним шар газу. Після цього трьома – чотирма напівзігнутими пальцями правої руки проводиться швидка перкусія зверху вниз, що викликае шум плескоту. Місце, де шум зник, - нижня межа шлунка	Перкусія шлунка застосовується для визначення його нижньоі межі шляхом перкуторного струсу ділянки шлунка і отримання так званого шуму плеску, який виникає тільки при одночасній наявності в шлунку повітря і рідини
7. Палець – плесиметр розташовується майже паралельно правій реберній дузі на 3 – 5 см нижче її по правій середньоключичній лінії і проводиться тиха перкусія знизу вверх до тупого звуку	Визначення нижньоі межі печінки методом перкусії застосовується при значному больовому синдромі
8. А)Спочатку перкуторно знизу вверх встановлюється нижня межа печінки по правій середньоключичній лінії , де ставиться точка А. Б)потім перкуторно зверху вниз з 3 – 4 міжребер'я по правій середньоключичній лінії визначається верхня межа печінки (тупий звук) – друга точка Б, відстань між цими точками – перший показник розмірів печінки	У дітей старше 5 років встановлюються розміри печінки за Курловим 1.Визначається відстань між верхньою і нижньою межами печінки по правій середньоключичній лінії
9.А) від другоі точки (Б) проводиться візуально горизонтальна лінія – місце її пересічення з передньою серединною лінією (в ділянці груднини) – третя точка В Б) після цього проводиться відносно тиха перкусія по передній серединній лінії від пупка вверх до притуплення – четверта точка (Г), відстань між точками В і Г – другий показник розмірів печінки	2.Визначається відстань між верхньою і нижньою межами печінки по передній серединній лінії
10. 1 спосіб – візуально малюється прямий кут розгорнутий вліво, утворений другим показником розмірів печінки і горизонтальною лінією через точку В, по бісектрисі цього кута знизу вверх проводиться перкусія до тупого звуку – ставиться вже п'ята точка (Д), відстань між отриманою п'ятою і третьою точками – останній показник розмірів печінки 2 спосіб – обережною перкусією по краю лівої реберноі дуги вверх від рівня 8 – 9 ребра до притуплення, де ставиться п'ята точка	Для визначення відстані від нижньоі межі печінки по лівій реберній дузі до верхньоі межі печінки по передній серединноі лінії можна скористатися 2 – ма способами
11.Отримано три лінії, які вказують на розміри печінки. В нормі вони дорівнюють : 1 – 9 – 11 см 2 – 7 – 9 см 3 – 6 – 8 см	Кожна наступна лінія повинна бути меншою за попередню. Дані в протилежному напрямку вказують на зменшення правої або збільшення лівої долі печінки
12.Накопичення в черевній порожнині рідини (асцит) проявляється тупим перкуторним звуком над місцем розташування рідини. - в положенні стоячи – тупість визначається в	Визначення асциту і метеоризму

надлобковій і клубовій ділянках, - лежачи на правому чи лівому боці – тупий звук локалізується відповідно в правій або лівій частині черевної порожнини, - дитина лежить на спині – рідина розповсюджується по всій черевній порожнині,і тупість виявляється по всій поверхні черевної стінки, але в меншій мірі, тобто виникає притуплення (над рідиною будуть кишки з газами)	 Рис. 51. Ділянки живота 1 – епігастральна ділянка (regio epigastrica propria); 2 – права і ліва підреберні ділянки (regio hypochondrica dextra et sinistra); 3 – пупкова ділянка (regio umbilicalis); 4 – права і ліва клубові ділянки (regio lumbalis dextra et sinistra); 5 – надлобкова ділянка (regio pubica); 6 – права і ліва пахвинні ділянки (regio inguinalis dextra et sinistra)
9.Подякувати дитині, допомогти одягнутись	Створення комфортних умов для дитини
10.Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
11.Заповнити історію хвороби або історію розвитку дитини,	Забезпечення передачі інформації

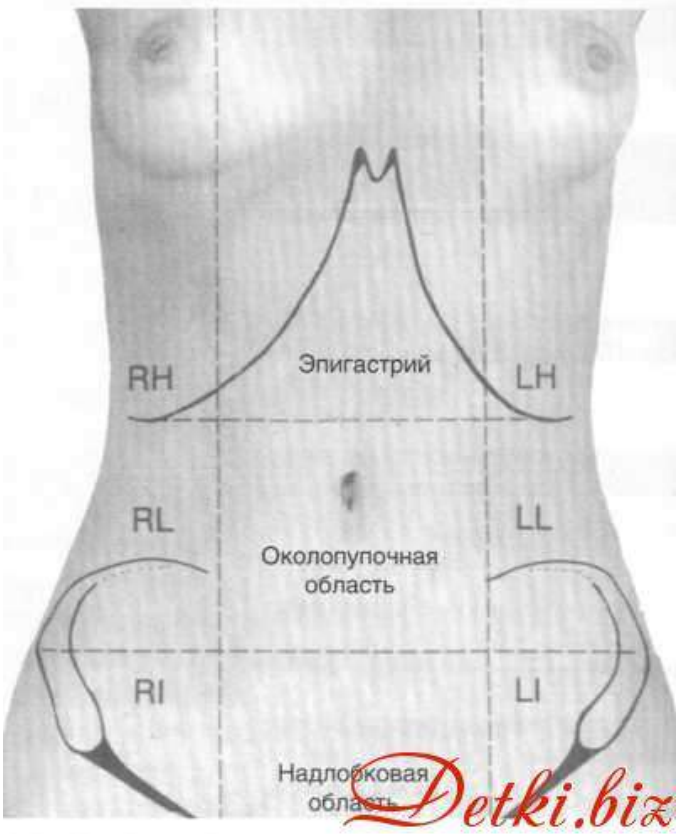
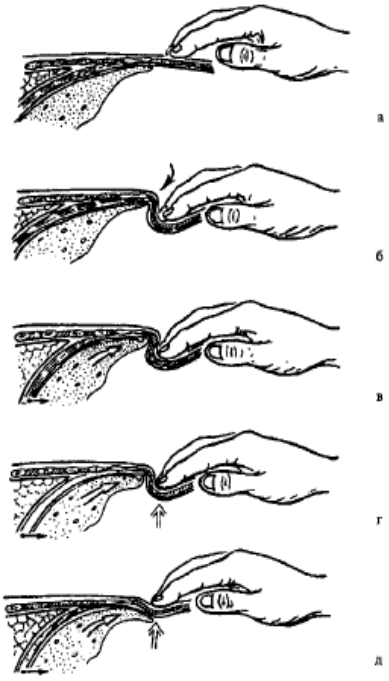
АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПРОВОДИТИ ПОВЕРХНЕВУ ТА ГЛИБОКУ ПАЛЬПАЦІЮ ЖИВОТА

1.ПФ.Д.06.ПП.Р.04.17

Оснащення: Історія хвороби дитини або карта розвитку дитини, ручка

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на обстеження дитини	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками
2.Вимити , висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
3.Поверхнева пальпація – це обережне, ковзне натискування кінцями складених другого – п’ятого пальців дещо зігнутої долоні (вона практично лежить на черевній стінці) по поверхні живота в напрямку “за годинниковою стрілкою”	Визначення методу, який дає можливість визначити стан шкіри живота, м’язовий тонус та напруженість черевної стінки
4.Під час пальпації необхідно говорити з дитиною , спостерігати за її обличчям	Забезпечення відвернення уваги дитини Зауваження реакції на виникаючий біль
5.Пальпацію проводити на фоні видиху	Забезпечення розслаблення черевного пресу
6.Живіт пальпується однією рукою, а друга рука підтримує тулуб навпроти пальпуючої руки з боку спини	Застосування бімануального методу пальпації
7.Надати дитині необхідне положення: лежачи на спині, на твердій поверхні, ноги повинні бути зігнуті в кульшових і колінних суглобах приблизно під кутом 45*, руки – вздовж тулуба, голова дитини – на плоскій поверхні. Медпрацівник сидить праворуч від хворого, уважно спостерігаючи за його мімікою.	Забезпечення положення, яке перешкоджає напруженню м’язів живота Зауваження реакції на можливо виникаючий біль
8. При дослідженні органів, розташованих в правій половині черевної порожнини, ліва рука розташовується на поперекові справа і обережними рухами наближає органи до правої руки, яка проводить пальпацію	Застосування бімануального методу пальпації
9.При дослідженні органів лівої половини черевної порожнини пальпація проводиться правою, іноді лівою рукою, а на поперекові розміщена протилежна рука	Застосування бімануального методу пальпації
10.Починають пальпацію з правої здухвинної (клубової) ділянки, правий фланк (боковий відділ), праве підребер'я, епігастрій, ліве підребер’я, лівий фланк (	Передня черевна стінка умовно лініями ділиться на 9 ділянок. Лінії проводяться:-2 горизонтальні – по нижніх краях 10 ребер з

боковий відділ), ліва здухвинна (клубова) ділянка, пупкова ділянка, надлобкова ділянка.  	обох боків і між передніми верхніми остями клубових кісток; 2 вертикальні – по зовнішніх краях прямого м'яза живота  Рис. 81. Діафрагмально-інспіраторна пальпація печінки. а — установка рук на вихідну позицію; б — занурення пальців у черевну порожнину; в — початок вдиху, рука непорушна, печінка опускається і потрапляє в «кишеню»; г — вислизування печінки з «кишені»; Д — оцінка локалізації і властивостей краю печінки.
11. При пальпації визначають чутливість : в нормі хворий на поверхневий дотик руки до живота не реагує	Визначення гіперестезії – болючість виникає вже під час дотику до шкіри
12. При пальпації визначають болючість: обов'язково вказуючі локалізацію, у нормі болю не виникає 	Визначення больового синдрому – ознаки гострого або загострення хронічного запального процесу
13.При пальпації визначають напруження черевної стінки : обов'язково вказуючі локалізацію, в нормі черевна стіна м'яка	Визначення напруженості черевної стінки – може виникати при запальних процесах органів черевної порожнини
14.При пальпації визначають розслаблення черевної стінки , наявність грижи	Визначення розслаблення черевної стінки – може виникати при захворюваннях, які супроводжуються гіпотонусом м'язів
15. При пальпації визначають розміри внутрішних органів, якщо вони збільшені	Визначення розмірів внутрішніх органів при поверхневій пальпації свідчить про запальний процес, внутрішньоутробні

	аномалії, пухлини
16.При пальпації визначається здуття живота	Здуття живота свідчить про метеоризм, асцит
17.Загальні правила: - однією рукою бажано підтримувати тулуб з боку спини, - пальцями іншої руки, розмістивши долоню перпендикулярно до пальпованого органа або його краю, дещо відтягується шкіра в сторону від органа (при цьому утворюється невелика шкірна складка), - потім пальці обережно занурюються (краще під час видиху) вглиб в напрямку до черевної порожнини і задньої стінки органа, - надалі ковзними рухами пальців в напрямку до органа досліджується весь орган чи його край	Глибока пальпація за методом Образцова - Стражеска
18.Сигмовидна кишка пальпується правою рукою (при необхідності ліва рука в поперековій ділянці підтримує тулуб). Розмістивши долоню правої руки перпендикулярно кишці приблизно на 2 – 3 см з боку від неї, пальці занурюються в глибину черевної порожнини (рух знизу вверх і ззовні всередину). Після цього проводяться ковзні рухи зверху внизі зсередини назовні так, що під пальцями відчувалась сигмовидна кишка	В нормі вона неболюча, розміри (ширина) – 1 – 2 см, м’яка, рухлива, бурчіння немає
19.Сліпа кишка пальпується в правій клубовій частині правою рукою. Кишка в клубовій частині розміщена так, що вона опускається зверху справа вниз наліво. Тому руку потрібно розмістити по бісектрисі правого нижнього квадранту (долоня буде розміщена перпендикулярно кишці)	В нормі сліпа кишка неболюча, розміри 3 – 3,5 см, малорухлива, відносно щільна, поверхня гладка
20.Висхідний відділ товстої кишки пальпується правою рукою за правилами, описаними вище	Обов’язково використовуючи бімануальний метод пальпації
21.Поперечно –ободова кишка розташована вище пупка в направленні після серединної лінії дещо вверх. Найкраще цю кишку пальпувати двома руками, розташувавши напівзігнуті пальці зліва від пупка на 2 – 3 см вище його по сторонам від зовнішніх країв прямих м'язів живота. Руки рухаються в глибині зверху вниз, відчуваючи кишківник під пальцями	В нормі поперечно – ободова кишка неболю товщиною 2 – 2,5 см , рухлива, м’яка, без бурчання
22.Низхідний відділ товстої кишки пальпується правою рукою, використовуючи бімануальний метод пальпації	У дітей не завжди вдається пропальпувати висхідний і низхідний відділи товстої кишки
23.При пальпації нижнього краю печінки пальці правої руки розташовуються на рівні правої середньоключичної лінії майже перпендикулярно краю печінки на 3 – 5 см, іноді 7 – 8см, нижче правої реберної дуги. Права рука опускається вглиб черевної порожнини і проводяться рухи знизу вверх зсередини назовні, переміщуючи руку все ближче до реберної дуги до відчуття краю печінки	В нормі – до 5 – 7 років на 1- 2 см нижче краю правої реберної дуги, у старших – не виступає з – під реберної дуги. Печінка в нормі неболюча, м’яка(щільність- ознака патології), край її загострений (при патології заокруглений), стінка гладка (при пухлині – горбиста)
24.Пальпацію жовчного міхура починають з пальпації місця його проекції – точки Кера (місце перетину бісектриси правого верхнього квадранта з правою реберною дугою (на 1 см нижче). Далі перевіряють інші симптоми	При захворюваннях жовчного міхура пальпа визначається біль На патологію жовчного міхура вказують симптоми:Лепіне, Ортнера, Мерфі, Мюссі, Кера
25.Подякувати дитині, допомогти одягнутись	Створення комфортних умов для дитини
26.Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки

27.Заповнити історію хвороби або історію розвитку дитини.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
“ПРОВОДИТИ ОЦІНКУ ВИПОРОЖНЕНЬ”

1.ПФ.Д.06.ПР.Р.02.18

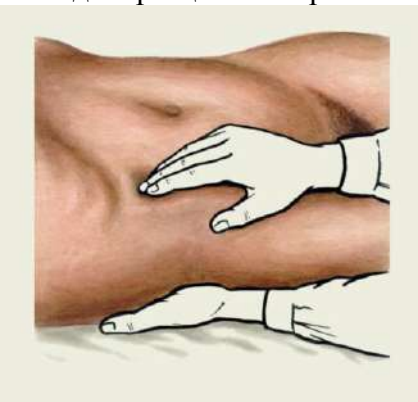
Оснащення: Горщик з випорожненнями, історія хвороби дитини, ручка

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатись і назвати себе	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками
2. З’ясувати частоту дефекації у батьків дитини або у самої дитини. Пронос – це прискорена дефекація,при якій кал рідкий за консистенцією. Закреп – зменшення частоти дефекацій (нерідко супроводжується утрудненням) з виділенням щільних калових мас	Визначення проносу і закрепу
3. Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Взяти горщик з випорожненнями і оцінити такі ознаки: - консистенція (стул може бути кашицеподібним – води небагато, рідким – середня кількість води, водянистим – вода переважає), - запах (може бути звичайний або природний, смердючий при дизентерії, черевному тифі, без запаху - при холері), - колір (звичайний – залежить від віку, білий – холера, сіро – глініcтий – вірусний гепатит, зелений – дизентерія, сальмонельоз, колір гороху – черевний тиф, чорний (мелена) – кровотеча з верхніх відділів шлунково – кишкового тракту), - домішки (свіжа кров червоного кольору – з нижнього відділу кишківника, прожилки крові – дизентерія, слиз – ентероколіт,дизентерія, сальмонельоз)	Вид калу має діагностичне значення
5. Визначити добову кількість калових мас	Поліфекалія – значне збільшення добової кількості випорожнень, характерна ознака синдрому мальабсорбції
6.Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
7. Записати отримані данні до історії розвитку дитини або до історії хвороби дитини	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
ПРОВОДИТИ ПАЛЬПАЦІЮ НИРОК

Оснащення: Історія хвороби дитини або карта розвитку дитини, ручка

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на обстеження дитини	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками
2.Вимити , висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
3. В теплому, світлому приміщенні роздягнути дитину.	Створення комфортних умов дитині.
4. В нормі нирки можна пропальпувати у дітей лише перших 2 – 3 років життя. В старшому віці нирки вдається відчути тільки при їх збільшенні (пухлина, камені нирок) і опущенні донизу.	Вікові особливості розташування нижнього полюсу нирки.

5. Положення дитини горизонтальне, медпрацівник знаходиться з правого боку хворого, ноги дитини дещо зігнуті і відведені одна від другої . Хворий робить рівні дихальні рухи. Для пальпації правої нирки ліва рука медпрацівника знаходиться під тулубом в проекції правої нирки (уздовж талії); права рука лежить всією долонею назовні від правого прямого м'яза живота (паралельно до нього), пальці розташовані дещо нижче від правої реберної дуги. На фоні видиху права рука рухається все глибше всередину. При цьому долоня лівої руки підіймається вверх, чим сприяє наближенню нирки до пальців правої руки. Ліва рука спочатку відчуває нижній полюс нирки. Надалі ковзаючими рухами оцінюються розміри, форма, рухливість, болючість, щільність, можлива горбистість стінки нирки. Пальпація лівої нирки за методикою відповідає описаній за винятком: ліва рука проводиться далі під тулуб до проекції лівої нирки, права розташовується зовні від лівого прямого м'яза живота.	Метод Образцова – Стражеско 
6. Метод аналогічний описаному вище, але положення хворого під час пальпації - вертикальне. Цей засіб є більш вдалим при значній рухливості нирок, так як в стоячому положенні хворого вони опускаються вниз.	Метод Боткіна
7. Подякувати дитині, допомогти одягнутись	Створення комфортних умов для дитини
8. Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
9. Заповнити історію хвороби або історію розвитку дитини,	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПЕРЕВІРИТИ СТАН ЧЕРЕПНО – МОЗКОВИХ НЕРВІВ

1.ПФ.Д.08.ПП.О.01.07

Оснащення: Пелюшка, сповивальний столик

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз'яснити матері мету і хід проведення процедури	Забезпечення правильного проведення процедури, права на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості та швидкості виконання процедури
3.Вимити і осушити руки, нігті повинні бути коротко підстрижені, зняти прикраси 4.Обробити сповивальний столик дезінфікуючим розчином і застелити його ковдрою та пелюшкою	Забезпечення інфекційної безпеки Забезпечення безпеки дитини
5.Стійкі рефлекси: ковтальний, сухожильні рефлекси кінцівок (один з прикладів – удар по сухожиллю чотириголового м'яза стегна нижче колінної чашечки викликає розгинання ноги в колінному суглобі), рогівковий або корнеальний (легке доторкування м'яким папером або ваткою до рогівки ока викликає змикання повік),	Всі безумовні рефлекси розділені на групи: стійкі, транзиторні і установочні. Стійкі рефлекси існують на протязі всього життя.

кон'юнктивальний (східний з рогівковим, викликається таким же методом, але з кон'юнктиви), надбрівний (постукування по внутрішньому краю надбрівної дуги викликає змикання повік)	
6. Транзиторні: основні оральні рефлекси : смоктальний (тривалість існування 10 – 12 міс), пошуковий (3 – 4 міс, при поглажуванні шкіри в ділянці кута роту дитина повертає голову в сторону подразника), хоботковий (2 – 3 міс, при ніжному покалачуванні пальцем по губах дитини вона витягує їх вперед у вигляді хоботка), долонно – рото – головний Бабкіна (2 – 3 міс, при натискуванні великими пальцями на долоні дитини малюк відкриває рот і нахиляє голову вперед до грудей)	Транзиторні рефлекси – існують після народження, однак поступово зникають в певному віці. До них відносяться : оральні, спінальні, мієлоенцефальні позотонічні.
7.Транзиторні: основні спінальні рефлекси: захисний (2 міс, якщо покласти новонародженого на живіт, то він рефлекторно повертає голову в сторону), рефлекс опори (2 міс, медпрацівник утримує дитину в пахвовій ділянці зі спини і одночасно підтримує голову. Дитина при цьому згинає ноги в колінному і кульшовому суглобах. Якщо малюка опустити вниз так, щоб він доторкався ступнями до столу, дитина щільно упирається ніжками), рефлекс автоматичної ходи (2 міс, якщо в стані рефлексу опори тулуб дитини трохи нахилити вперед, то вона робить кроки вперед), хапальний рефлекс Робінзона (3 міс, малюк щільно утримує пальці медпрацівника, вкладені в його долоні, іноді при цьому дитину можна підняти), рефлекс Моро (4 міс, при ударі двома руками по поверхні, на якій знаходиться дитина (на відстані 15 – 20 см від голови), вона спочатку широко розводить руки в сторони і розгинає пальці – перша фаза, а потім повертає руки в попереднє положення – друга фаза), рефлекс Керніга (4 міс, якщо зігнути ногу дитини в колінному і кульшовому суглобах (в лежачому положенні), то потім розігнути її в колінному суглобі неможливо), рефлекс повзання Бауера (4 міс, якщо покласти дитину на живіт, то вона намагається підняти голову і виконати одночасно повзаючі рухи, а якщо щільно притиснути руку до ступні дитини, то вона активно від неї відштовхується), рефлекс Бабінського підошовний (4 – 6 міс, іноді до 1 – 2 років, при пошкрябуванні підошви по зовнішньому краю ступні від п'ятки до пальців відбувається повільне тильне розгинання великого пальця ноги і в меншому ступені інших пальців), рефлекс Галанта (3 – 4 міс, якщо дитину покласти на бік і першим та другим пальцями провести по паравертебральних лініях зверху вниз, то це викликає дугоподібну зміну тулуба в сторону подразника), рефлекс Переса (3 – 4 міс, якщо дитину покласти на живіт і , дещо натискуючи, провести вказівним пальцем від куприка до шиї по остистих відростках хребта, то це викликає у дитини: коротко часове апное, а надалі різкий крик; піднімання голови і тазу, згинання кінцівок, гіпертонус м'язів, іноді – дефекацію і сечовипускання. Викликає біль!)	 Рис. 92. Симптом Керніга Рис. 34. Ригідність потиличних м'язів
8. Транзиторні: основні мієлоенцефальні позотонічні рефлекси: симетричний шийний тонічний рефлекс (до 2 міс, якщо малюку в лежачому положенні голову пасивно зігнути, то верхні кінцівки зігнуться, а нижні – витягнуться вздовж, при розгинанні голови будуть протилежні зміни) ,	

асиметричний шийний тонічний рефлекс (до 2 – 3 міс, якщо дитині в лежачому положенні повернути голову в один бік так, що підборіддя доторкнеться до плеча, то з того ж боку понижується тонус кінцівок і може виникнути їх короткочасне витягування, а на протилежному боці кінцівки зігнуться, так як тонус їх підвищується).	
9.Установочні рефлекси: верхній рефлекс Ландау (з'являється в 4 міс, знаходячись на животі, дитина піднімає голову, верхню частину тулуба і, спираючись руками, утримується в такому положенні), нижній рефлекс Ландау (з'являється в 5 – 6 міс, знаходячись на животі, дитина розгинає і піднімає ноги)	Установочні рефлекси – такі, яких немає після народження і формуються вони в певному віці після народження.
10.При оцінці результатів дослідження безумовних рефлексів потрібно врахувати: їхню наявність або відсутність, симетричність, час появи та зникнення, відповідність вираженості рефлексу від віку дитини	

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ТЕХНІКА ПРОВЕДЕННЯ БАКТЕРІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ КАЛУ НА КИШКОВУ ГРУПУ

Оснащення: 1.ПФ.С.23.ПП.Н.21.05

Гумові рукавички, стерильна пробірка з консервантом та ректальною петлею, пелюшка.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз 'яснити матері мету і хід обстеження, отримати згоду матері	Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості процедури
3. Провести психологічну підготовку дитини до маніпуляції.	Забезпечення психологічної готовності дитини.
4.Вимити , висушити руки, одягнути рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
5. Візьми з холодильника стерильну пробірку із ректальною петлею.	Пробірки готуються в бактеріологічній лабораторії і зберігаються в холодильнику .
6. Поклади дитину раннього віку на спину, на пелюшку та церату, лівою рукою підніми ніжки. Дитину старшого віку поклади на лівий бік, зігнувши нижні кінцівки. Першим та другим пальцями лівої руки розведи сідниці. Обережно введи ректальну петлю в анальний отвір на глибину 1,5 – 2 см. Обережно вийми стержень з анального отвору та занури його в пробірку з консервантом, не торкаючись країв пробірки стержнем.	Забезпечення правильності проведення процедури.
7. Пелюшку поклади в бак для відпрацьованих пелюшок. Церату оброби 3% розчином хлораміну двічі з інтервалом 15 хвилин.	Забезпечення інфекційної безпеки
8. Зняти рукавички, занурити в 3% розчин хлораміну на 1 годину, вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки.
9. Напиши направлення. Пронумеруй направлення та пробірку. Постав пробірку в холодильник.	Пробірку зберігай в холодильнику до відправлення в бак лабораторію.
10. Зроби відмітку про проведену процедуру в листок призначень.	Забезпечення передачі інформації.

Направлення
в бактеріологічну лабораторію

Бактеріологічне дослідження на всю кишкову групу

П.І. дитини _____

Вік _____

Домашня адреса _____

Дитячий заклад, який відвідує дитина _____

Діагноз _____

Дата захворювання _____

Час та дата взяття матеріалу _____

Підпис медпрацівника _____

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ПРОВОДИТИ ЕКСПРЕС – ДІАГНОСТИКУ ГЛЮКОЗИ ТА КЕТОНОВИХ ТІЛ У СЕЧІ”

1.ПФ.С.23.ПП.Н.07.02

Оснащення: Суха чиста ємність для збирання сечі , глюкотест у наборі, гумові рукавички

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Збери сечу в чисту суху ємність. Папір з набору глюкотесту занурь в сечу на 2 – 3 сек. Поклади цю стрічку паперу на білу пластинку з набору глюкотесту. Отримане забарвлення на папері порівняй з кольоровою шкалою, яка є в наборі. Якщо в сечі є глюкоза, папір змінює своє забарвлення. За шкалою визнач рівень глюкози.	Забезпечення правильності виконання методики. У здорової дитини глюкози і кетонових тіл в сечі немає.
5. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
6. Отримані данні запиши до історії розвитку дитини або в листок призначень лікаря.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ПРОВОДИТИ ОЦІНКУ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ СЕЧІ”

1.ПФ.Д.07.ПР.Р.03.14

Оснащення: Суха чиста ємність для збирання сечі , пелюшка, гумовий підкладний кружок, лоток або тарілка, направлення, презерватив

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури, попередь, що дослідження проводиться частіше зранку	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію

2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Роздягни дитину, проведи туалет зовнішніх статевих органів (підмий під проточною водою в напрямку від лобка до анального отвору)	Забезпечення чистоти матеріалу, що збирається
5.Візьми упаковку з одноразовим сечоприймачем, перевір термін придатності. Візьми сечоприймач, приклій його до промежини дитини. Виклич умовний рефлекс. Почекай, поки відбудеться сечовиділення. Злий сечу з лотка в склянку.	Забезпечення чистоти сечі
6. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
7. Заповни направлення. Вкажи ПІ дитини, її вік, адресу, діагноз, дату, підпис медсестри.	Забезпечення передачі інформації
8. Знезаразити гумовий підкладний кружок, рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
9.Відправ на дослідження в клінічну лабораторію	
10. При лабораторній діагностиці загального аналізу сечі визначаються патологічні зміни: 1) наявність білку більше неіж 0,033% - протеїнурія; 2) наявність лейкоцитів, яка рахуються десятками або вкривають все поле зору – піурія; 3) наявність еритроцитів, які рахуються десятками в полі зору – мікрогематурія; 4) наявність еритроцитів, які вкривають все поле зору – макрогематурія ;. 5) поява гіалінових, зернистих циліндрів, які рахуються десятками або вкривають все поле зору – циліндрурія; 6) збільшення кількості солей – оксалатурія (у дітей проявляється частіше, ніж фосфатурія та уратурія); 7) зменшення кількості сечі – олігоурія; 8) збільшення кількості сечі – поліурія; 9) поява цукру в сечі – глюкозурія.	

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ НАДАВАТИ НЕВІДКЛАДНУ ДОПОМОГУ ПРИ ГОСТРІЙ ДИХАЛЬНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ”

Оснащення: Киснева подушка, апарат Боброва, гумові рукавички, катетер, гумова груша, лікарські препарати

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Дихальна недостатність – задишка без вираженого обструктивного синдрому, кашель, порушення ритму дихання і тахікардія, зміна співвідношення частоти дихання і пульсу.	Визначення стану дитини
2.Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Зняти з дитини тісний одяг. Надати дитині підвищеного положення у ліжку. Дитина лежить без подушки, але під матрац підкласти тугу подушку або валик, щоб створити рівну поверхню з підвищеним головним кінцем.	Забезпечення припливу свіжого повітря
4. Відсмоктати слиз з рота і носа за допомогою катетера, гумової груші.	Звільнення дихальних шляхів від слизу, мокротиння
5. Провести інгаляцію зволоженого кисню через маску або носовий катетер – 10 – 15 хв. за допомогою кисневої подушки, апарата Боброва, який під'єднують до джерела кисню.	Забезпечення доступу кисню
6. Вимий і висуши руки, одягни гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
7. Ввести внутрішньом'язово 0,5% розчин седуксену –0,1 мл на кг маси, літичну суміш (2,5% розчин аміназину – 1мл, 2,5% розчин піпольфену – 1 мл, 0,5% розчин новокаїну – 4 мл) - 0,15 мл на кг маси тіла. Всередину дати фенобарбітал – 0,001 – 0,005 г.	Зменшення потреби в кисні і підвищення стійкості мозку до гіпоксії
8. Ввести в/в 20% розчин глюкози – 20 – 30 мл, кокарбоксилази 8 мг на кг маси, 5% розчин аскорбінової кислоти – 0,5 – 1 мл ; в/м 2,5 5 розчин рибофлавіну – 0,3 – 0,5 мл, 6% розчин тіаміну – 0,3 – 0,5 мл.	Підвищення засвоєння кисню тканинами
9. Ввести в/в 0,06 % розчин корглікону – 0,1 мл на 1 рік життя в 5 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, всередину можна дати ізоланід, лантозид, адонізид по 1 краплі на 1 рік життя; у разі пригнічення дихання – сульфокамфокаїн, етимізол.	Введення кардіотонічних засобів
10. Ввести в/в 2,4 % розчин еуфіліну – 3 мг на 1 кг маси тіла (1 мл на кожен рік життя).	Нормалізація кровообігу в легенях
11. Ввести разову дозу антибіотика після проби. Госпіталізувати дитину в стаціонар	Починати антибіотикотерапію
12. В стаціонарі проводити оксигенотерапію, дезинтоксикацію, коригування активної реакції внутрішнього середовища, водно – сольового балансу. Всі розчини вводити краплинно, повільно. Загальна кількість глюкозосольових розчинів на добу становить 75 – 100 мл на кг маси під захистом сечогінних препаратів – лазиксу – 1 – 1,5 мг на кг маси . Ці розчини включають реополіглюкін, альбумін у дозах 10 мл на кг маси. В тяжких випадках внутрішньовенно крапельно вводити преднізолон – 1 – 2 мг на кг маси або гідрокортизон – 5 – 10 мг на кг маси, 0,25% розчин дроперидолу – 0,1 мл на кг маси. Обов'язково проводити боротьбу з парезом кишок – підшкірне введення 0,05% розчину прозерину – 0,1 мл на кожен рік життя, пітуїтрину, антибактеріальну терапію, фізіотерапію, симптоматичну терапію.	Госпітальна допомога

13. Дитину треба перевести на штучну вентиляцію легень.	Якщо консервативні заходи не допомагають
14. Вимити і висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
15.Зробити відмітку про виконання маніпуляцій в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
“ НАДАВАТИ НЕВІДКЛАДНУ ДОПОМОГУ ПРИ СТЕНОЗУЮЧОМУ ЛАРИНГОТРАХЕЇТІ”
1.ПФ.С.25.ПП.Н.02.04

Оснащення: Гумовий балончик, гумові рукавички, апарат Боброва, киснева палатка, гірчичники, марлева серветка, вата, компресний папір, поліетиленовий катетер, лікарські препарати, термопластикова трубка.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Гострий ларинготрахеїт – запалення слизової оболонки гортані та трахеї, найхарактернішою ознакою якого є набряк під голосової порожнини, що призводить до гострого порушення дихання. Допомога залежить від ступеня стенозу	Визначення стану дитини
2.Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Провести інгаляцію зволоженим киснем. В апарат Боброва залити настої трав: ромашки, безсмертника , евкаліпта , підбілу, подорожника ,первоцвіту, фіалки , квіток липи – 400 – 500 мл і поставити склянку на водяну баню температури 80*С. Пропустити кисень через теплий розчин настою трав в апараті Боброва. Інгаляції здійснювати під тентом з целофану або в кисневій палатці.	При стенозі 1 ступеня Забезпечення полегшення дихання
4.Провести відволікальну терапію, якщо у дитини нормальна температура тіла. Зробити ніжні і ручні гірчичні ванни , температура води 39 – 40*С протягом 5 – 10 хвилин; накласти гірчичники на груди та шию або зігрівальний компрес на 2 – 4 години. Марлеву серветку першого шару компресу змочити у теплому розчині , приготовленому з меду , соняшникової олії , 40% спирту в однакових пропорціях	При стенозі 1 ступеня Забезпечення зняття стенозуючого дихання
5.Дитину напувати рідиною в достатній кількості: малиновим чаєм , молоком , розчинами з настоями відхаркувальних трав: ромашки, безсмертника, евкаліпта , підбілу, подорожника, первоцвіту, фіалки, квіток липи. З теплими настоями дати дитині 1 чайну ложку мікстури від кашлю з алтеєм, термопсисом або бронхолітин.	При стенозі 1 ступеня Забезпечення переведення гавкаючого кашлю в вологий
6. Вимий і висуши руки, одягни гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
7. Внутрішньом’язово або внутрішньовенно ввести 2 % розчин супрастину – 1 – 2 мг на кг маси , 5% розчин ефедрину гідрохлориду – 0,1 мл на рік життя. Замість цих розчинів можна ввести літичну суміш : 2,5 % розчин піпольфену – 1 мл , 2,5% розчин аміназину – 1 мл , 0,5% розчин новокаїну – 5 мл. Суміш вводити внутрішньом’язово у дозі 0,1 – 0,15 мл на кг маси.	При стенозі 1 ступеня Забезпечення зниження температури, відновлення прохідності дихальних шляхів
8. Дати дитині антибіотики широкого спектру дії після проведеної проби на чутливість.	У зв’язку з активацією патогенної флори

9.Проводити інгаляцію зволоженим киснем. Проводити інгаляцію протинабрякової суміші: 1 мл 5% розчину ефедрину гідрохлориду , 1 мл 0,1 % розчину адреналіну гідрохлориду , 0,3 мл 0,1% розчину атропіну сульфату, 1 мл 2% розчину супрастину, 1 мл 2,5% розчину піпольфену, 25 мг гідрокортизону, 2 мг хімотрипсину в 1 мл розчину, ізотонічного розчину натрію хлориду до 15 мл. На інгаляцію взяти 2 мл суміші і проводити інгаляцію 4 – 8 разів на добу.	При стенозі 2 ступеня Забезпечення зняття набряку підзв'язкового простіру
10. Вводити внутрішньовенно крапельно глюкозо – сольові розчини 40 – 50 мл на 1кг маси: 10% розчин глюкози, реополіглюкін, ізотонічний розчин хлориду натрію Одночасно проводити форсування діурезу шляхом внутрішньовенного введення 10% розчину манітолу – 2 г на кг маси ,1 % розчин лазиксу – 2 мг на кг маси тіла , 2,4% розчину еуфіліну – 5 мг на кг маси тіла. Вводити комбіновано глюкокортикоїди: внутрішньовенно струминно 1/2 добової дози, потім крапельно.	При стенозі 2 ступеня
11. Повторно вводити антигістамінні препарати, проводити відволікальну терапію.	При стенозі 2 ступеня Забезпечення десенсибілізації організму
12.Проводити всі заходи , що їх застосовують для лікування стенозу 2 ступеня. Дози антигістамінних та гормональних препаратів збільшують. Обов'язковою є піднаркозна пряма ларингоскопія з туалетом дихальних шляхів. У трахею вводять поліетиленовий катетер для вливання розчинів та відсмоктування слизу. Замість мікроінтубації проводять за показаннями інтубацію термопластиковою трубкою.	При стенозі 3 ступеня
13. Провести трахеостомію.	При стенозі 4 ступеня
14. Вимити і висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
15.Зробити відмітку про виконання маніпуляцій в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
" НАДАВАТИ НЕВІДКЛАДНУ ДОПОМОГУ ПРИ ЛЕГЕНЕВІЙ КРОВОТЕЧІ"

1.ПФ.С.20.ПП.Н.06.11

Оснащення: Апарат Боброва, гумові рукавички, міхур з льодом, лікарські препарати

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Легенева кровотеча або кровохаркання – оцінити стан дитини	Визначення стану дитини
2.Підготувати необхідне оснащення. Забезпечувати дитині повний спокій, положення напівсидячи	Забезпечення чіткості виконання процедури Забезпечення комфортних умов дитини
3. Проводити інгаляції зволоженим киснем по 10 хвилин щогодини. Покласти холод на грудну клітку	Забезпечення спазму кровоносних судин

3. Вимий і висуши руки, одягни гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4.В/в краплинно вводити 5 % розчин амінокапронової кислоти – 5 мл на кг маси . Струминно в/в ввести 10 % розчин кальцію глюконату – 0,2 – 0,4 мл /кг, 5% розчин аскорбінової кислоти – 1 мл, в/м - 1 % розчин вікасолу - 1 мл.	Забезпечення введення кровоспинних препаратів
5. Вимити і висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
6. Терміново доставити дитину в стаціонар	Забезпечення госпітальної допомоги
9.Зробити відмітку про виконання маніпуляцій	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ НАДАВАТИ НЕВІДКЛАДНУ ДОПОМОГУ ПРИ НОСОВІЙ КРОВОТЕЧІ”

1.ПФ.С.20.ПП.Н.06.13

Оснащення: , гумові рукавички, міхур з льодом, лікарські препарати, вата, бинт, пінцет

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Оцінити стан дитини	Визначення стану дитини
2.Підготувати необхідне оснащення. Забезпечувати дитині повний спокій, положення напівсидячи	Забезпечення чіткості виконання процедури Забезпечення комфортних умов дитини
3. Крило носа притиснути до носової перегородки. На перенісся покласти марлю, змочену холодною водою. На потилицю покласти міхур з льодом на 20 хвилин. Якщо потрібно, через 30 хвилин ще раз покласти міхур з льодом на потилицю на 20 хвилин.	Забезпечення спазму кровоносних судин
4. Вимий і висуши руки, одягни гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
5.Ввести у відповідну половину носа ватний тампон, змочений 3 % розчином перекису водню. Кров витікає на тампон, відбувається її згортання і кровотеча зупиняється. Замість тампона можна використовувати гемостатичну губку. За відсутності ефекту від попередніх заходів провести передню тампонаду носового ходу. Ввести в носовий хід марлеву туруну завдовжки 50 см завширшки 1 см, змочену кровоспинними препаратами (1% розчином вікасолу, 10% розчином кальцію глюконату, 5% розчином амінокапронової кислоти). Турунду вводити в носовий хід “змійкою” за допомогою пінцета.	Забезпечення введення кровоспинних препаратів місцево
6.Одночасно перорально дати дитині 5% розчин кальцію глюконату або кальцію хлориду, рутин, аскорбінову кислоту. Тампон можна залишати в носі 2 доби. Дитину потрібно госпіталізувати в стаціонар, де її повинен оглянути отоларинголог. У разі необхідності проводять задню тампонаду носа (лікарська допомога!).	Забезпечення введення кровоспинних препаратів перорально
7. Вимити і висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки

8. Терміново доставити дитину в стаціонар.У стаціонарі в/в ввести 10% розчин кальцію глюконату – 5 – 10 мл, 5% розчин аскорбінової кислоти – 1 мл або краплинно 5 % розчин амінокапронової кислоти –100 мл.	Забезпечення госпітальної допомоги
9.Зробити відмітку про виконання маніпуляцій	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ НАДАВАТИ НЕВІДКЛАДНУ ДОПОМОГУ ПРИ АСФІКСІЇ” 1.ПФ.С.25.ПП.Н.04.08

Оснащення: Гумовий балончик, стерильні марлеві серветки, гумові рукавички, пелюшки, джерело променевого тепла, катетер, електровідсмоктувач, поліетиленовий катетер, лікарські препарати,

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Вимий і висуши руки, одягни гумові рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
2.Визначити чистоту навколоплідних вод.	Визначення стану дитини
3. Якщо навколоплідні води чисті : Покласти новонародженого під джерело променевого тепла на горизонтальну щільну поверхню. Швидко обсушити шкіру новонародженого за допомогою теплої пелюшки. Забрати мокру пелюшку. Забезпечити правильне положення голівки (під плечі підкладають валик). Відсмоктати спочатку вміст порожнини рота, а потім – носової частини глотки.	Забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів
4. При інтенсивному меконіальному забрудненні вод : Катетером відсмоктати вміст порожнини рота, глотки і порожнини носа відразу після народження голівки дитини. Як тільки новонародженого покладено під променевий обігрівач, негайно забезпечити його правильне положення Під контролем прямої ларингоскопії відсмоктати залишковий меконій з глотки, після чого провести інтубацію трахеї і відсмоктати меконій з нижніх дихальних шляхів безпосередньо через ендотрахеальну трубку за допомогою спеціального аспіратора меконію. Швидко висушити шкіру новонародженого за допомогою теплої пелюшки. Забрати мокру пелюшку.	Забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів
5.Провести нетривалу (не більше двох разів) тактильну стимуляцію новонародженого (постукування по п’ятці, по підошві). Оцінити наявність і характер самостійного дихання. За відсутності самостійного дихання негайно розпочати ШВЛ за допомогою мішка і маски. Якщо після накладання маски на обличчя дитини і проведення кількох вентиляцій мішком грудна клітка не рухається, то рекомендують такі заходи: А) повторно накласти маску, забезпечуючи її щільне прилягання до обличчя і знову проводити вентиляцію, за відсутності ефекту послідовно виконати зазначені нижче заходи, кожного разу перевіряючи ефективність вентиляції Б) перевірити положення голівки В) перевірити наявність секрету в порожнині рота і в разі	Забезпечення відновлення самостійного дихання

потреби відсмоктати його Г) спробувати провести вентиляцію з напіввідкритим ротом з використанням повітроводу За відсутності ефекту слід провести інтубацію трахеї і виключити наявність у дитини природжених аномалій розвитку. Через 2 хв. після початку ШВЛ мішком і маскою у шлунок слід увести зонд, щоб запобігти аспірації та роздуванню живота. За наявності адекватного самостійного дихання слід відразу переходити до визначення ЧСС. Вентилювати 15-30 разів 100% киснем із частотою 40 – 60 за хвилину. Визначити ЧСС	
6. Якщо ЧСС більше ніж 100 за 1 хв. – оцінити колір шкіри. Якщо рожевий або локальний ціаноз - Слідкувати за наявністю самостійного дихання, повторно визначати ЧСС, колір шкіри. Припинити ШВЛ за наявністю самостійного дихання , провести коротку тактильну стимуляцію і призначити вільний потік кисню	Забезпечення наявності самостійного дихання
7. Якщо центральний ціаноз - Призначити вільний потік кисню і слідкувати за кольором шкіри та слизових оболонок. При зменшенні ціанозу поступово зменшувати концентрацію кисню, віддаляючи кисневу трубку від обличчя дитини	Забезпечення оксигенотерапії
8.Якщо ЧСС менше ніж 100 за 1 хв. – менше ніж 60 за хв..: Розпочати або продовжити ШВЛ 100 % киснем із частотою 30 за 1 хв. Розпочати непрямий масаж серця з частотою 90 за 1 хв., якщо вже проводили ШВЛ 100 % киснем 15 – 30 сек.	Забезпечення підтримання функції серця
9. Якщо ЧСС від 60 до 100 за 1 хв. - Продовжити ШВЛ 100 % киснем з частотою 30 за 1 хв. (якщо ЧСС не збільшується), з частотою 40 – 60 за 1 хв. (якщо ЧСС збільшується).	Забезпечення оксигенотерапії
10. Якщо ЧСС не збільшується - розпочати непрямий масаж серця з частотою 90 за 1 хв., якщо ШВЛ вже проводили, а ЧСС менше ніж 80 за 1 хв.	Забезпечення підтримання функції серця
11. Розпочати введення медикаментів, якщо ЧСС менше ніж 80 за 1 хв. через 30 с після початку проведення ШВЛ 100 % киснем і непрямого масажу серця	Забезпечення медикаментозної терапії
12. Вимити і висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
10.Зробити відмітку про виконання маніпуляцій в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ НАДАВАТИ НЕВІДКЛАДНУ ДОПОМОГУ ПРИ НАБРЯКУ ЛЕГЕНЬ” 1.ПФ.С.25.ПП.Н.05.10

Оснащення: Гумовий балончик, стерильні марлеві серветки, електровідсмоктувач, лікарські препарати, гумові рукавички, 20 – 40% спирт, носовий катетер, маска або інтубаційна трубка.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Набряк легень - над легенями вислуховується велика кількість дрібно – і середньо пухирчастих хрипів, з трахеї виділяється пінисте рожеве харкотиння, у дітей перших місяців життя можуть з’являтися кров’янисті виділення.	Визначення стану дитини

2.Підготувати необхідне оснащення. Надати дитині підвищеного положення в ліжку. Постійно відсмоктувати рідину з верхніх дихальних шляхів за допомогою електровідсмоктувача.	Забезпечення чіткості виконання процедури Забезпечення комфортних умов дитини
3.Проводити інгаляції піногасника – кисню, пропущеного через 20 – 40% спирт. Кисень подавати через носовий катетер, маску або інтубаційну трубку. Антифомсилан застосовують в вигляді аерозолю або інстилюють по 2- 3 краплі в дихальні шляхи	Забезпечення оксигенотерапії (піногасників)
4. Вимий і висуши руки, одягни гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
5. Внутрішньовенно ввести 0,06 % розчин корглікону або 0,05% розчин строфантину по 0,1 мл на кожен рік життя (не більше ніж 0,5 мл) з 5 мл ізотонічного розчину натрію хлориду	Забезпечення поліпшення скоротливої здатності міокарда.
6. Внутрішньовенно ввести лазикс – 1 – 3 мг на кг маси тіла або 2,4% розчин еуфіліну – 3 мг на кг маси тіла.	Забезпечення зменшення венозного приливу до правого шлуночка
7. Застосовувати гіпотензивні препарати : 5% розчин пентаміну – 0,1 – 0,2 мл, розведеного у 20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду або 5% розчину глюкози.	Забезпечення зменшення венозного приливу до правого шлуночка
8. Вводити препарати кальцію, аскорбінову кислоту, антигістамінні препарати, кортикостероїдні препарати, седативні засоби. Обмеження рідини і продуктів, що містять натрій	Забезпечення зменшення набряку
9. Вимити і висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
10.Зробити відмітку про виконання маніпуляцій в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ НАДАВАТИ НЕВІДКЛАДНУ ДОПОМОГУ ПРИ АРИТМІЯХ”1.ПФ.С.25.ПП.Н.06.08

Оснащення: Гумові рукавички, тонометр, лікарські препарати

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Визначити варіанти нападів надшлуночкової пароксизмальної тахікардії : за нормального АТ, при артеріальній гіпотензії , за недостатності кровообігу 2 – 3 стадії.	Визначення стану дитини
2.Підготувати необхідне оснащення. Вимий і висуши руки, одягни гумові рукавички.	Забезпечення чіткості виконання процедури, інфекційної безпеки
3. Рефлекторна дія (Використовують методи механічного підвищення тонусу блукаючого нерву. Прийом Ашнера – Даньїні – помірне і рівномірне тиснення на очні яблука протягом 4 – 5 с при горизонтальному положенні хворого. Натискування проводять кінчиками великих пальців на закриті очі хворого, безпосередньо під верхніми надочними дугами в напрямку назад. При усуненні нападу тиснення припиняють. При відсутності ефекту прийом повторюють через декілька хвилин. При короткозорості цей прийом протипоказаний. Прийом Вальсалви дитина виконує , глибоко вдихнув і потім зробив максимальне зусилля для видиху при затиснутому носі з закритим ротом і сильним напруженням черевного пресу. Менш ефективними механічними прийомами є: повільне і глибоке	За нормального АТ

дихання, штучно викликане блювання, ковтання декількох твердих шматочків їжі або пиття холодних газованих напоїв, сильне тиснення на верхню частину живота хворого, згинання і притискання ніг до живота, холодне обтирання шкіри.) Через 10 – 20 хв. уводять 0,5 – 2 мл 0,25% розчину верапамілу в/в без розведення протягом 20 – 30 сек. Через 1 – 2 хв. рефлекторна дія. Через 20 хвилин повторюють введення верапамілу. Через 1 – 2 хв. рефлекторна дія. Через 30 – 60 хв. уводять 1 – 5 мл 10% розчину новокаїнаміду в 10 – 15 мл ізотонічного розчину натрію хлориду разом із 0,3 – 0,5 мл 1% розчину мезатону в/в протягом 5 хв. Рефлекторна дія. Через 1,5 – 2 год. уводять 0,1 – 0,3 мл 0,05% розчину строфантіну або 0,1 – 0,3 мл 0,025% розчину дигоксину разом із 0,5 мл панангіну протягом 3 – 5 хв. в/в. Через 2 – 4 год. уводять 0,5 – 2 мл 0,1% розчину анаприліну (бета – блокатор) у 10 – 15 мл ізотонічного розчину натрію хлориду в/в протягом 10 - 15 хв. Електроімпульсна терапія	
4. Рефлекторна дія. Через 10 – 20 хв. уводять 0,3 – 0,5 мл 1% розчину мезатону або 0,3 – 0,5 мл 0,1 % розчину норадреналіну гідротартрату в 10 – 15 мл ізотонічного розчину натрію хлориду в/в протягом 3 – 5 хв. Через 10 – 15 хв. рефлекторна дія. Через 30 хв. повторюють введення мезатону. Через 10 – 15 хв. рефлекторна дія. Через 30 хв. уводять 0,1 – 0,3 мл 0,05% розчину строфантину разом із панангіном в/в протягом 3 – 5 хв. Електроімпульсна терапія	При артеріальній гіпотензії
5. Вводять 0,2 мл 0,05% розчину строфантину на тлі в/в краплинного введення поляризуючої суміші, діуретики у віковій дозі. Через 4 – 6 год. повторюють введення строфантину. Через 4 – 6 год. діуретики у віковій дозі. Електроімпульсна терапія. Протиаритмічні препарати протипоказані.	За недостатності кровообігу 2 – 3 стадії
6. Кожний з етапів виконують за умови, якщо немає ефекту від попереднього. Купірування шлуночкової пароксизмальної тахікардії розпочинають з в/в введення 2 % розчину лідокаїну (1 – 3 мг/кг) у 10 – 15 мл ізотонічного розчину натрію хлориду або 5% розчину глюкози. Якщо ефекту немає, через 20 – 30 хв. переходять до в/в введення новокаїнаміду. Через 2 – 4 год. в/в вводять 2,5% розчин аймаліну з розрахунку 1 мг/кг в ізотонічному розчині натрію хлориду протягом 7 – 10 хв. Через 2 – 4 год. в/в вводять ізоптин без розведення протягом 20 – 30 сек. У разі неефективності цих препаратів здійснюють електроімпульсну терапію.	При всіх варіантах нападів надшлуночкової пароксизмальної тахікардії.
7. Вимити і висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
8.Зробити відмітку про виконання маніпуляцій в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
«ЗДІЙСНЮВАТИ ДОГЛЯД ЗА ШКІРОЮ В РАЗІ НАЯВНОСТІ ПОПРІЛОСТЕЙ»

Оснащення:

Стерильні серветки., рушник, стерильне вазелінове масло, пелюшки, розчини відварів череда, ромашки, кори дуба, слабко - рожевий розчин перманганату калію, стерильна вата, присипки с оксидом цинку., тальком, 1% розчин фукорцину, резорцину, мазі

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз 'яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його баньками. Забезпечення прав дитини , матері на інформацію

2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Визначити ступень попрілості. Розрізняють ступені : 1 - почервоніння шкіри без порушення її цілісності, 2 - різке почервоніння з роз'їданням поверхневого шару шкіри (ерозії), 3 - мокнуча поверхня шкіри, яка утворилася в результаті злиття ерозій	Забезпечення правильності догляду за хворим
5. Проведи лікувальну ванну за загально прийнятою методикою. Для проведення ванни використовуй відвари череди, ромашки, кори дуба або слабко -рожевий розчин перманганату калію. Просуши уражені ділянки шкіри стерильною серветкою.	Забезпечення дії лікарських трав на шкіру
6. <u>При попрілостях 1 ступеня:</u> Оброби стерильною ватною кулькою, зволоженою в стерильному вазеліновому маслі, складки шкіри	Забезпечення цілісності шкіри
7. <u>При попрілостях 2 ступеня:</u> Оброби шкіру присипками з оксидом цинку, тальком	Запобігання поширенню ерозій
<u>8.При попрілостях 3 ступеня:</u> Оброби шкіру 1% розчином резорцину, фукорцину, 1% розчином перманганату калію. При зменшенні запального процесу використовуй мазі, які містять седативні, протизапальні, пом'якшувальні, антибактеріальні, вітамінні компоненти. Мазь наклади на уражені ділянки шкіри ватним тампоном.	Забезпечення підсушування мокнучої поверхні шкіри
9.Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки. Гумові рукавички знезаразити в 3% розчині хлораміну	Забезпечення інфекційної безпеки
10.Зроби відмітку про догляд за дитиною в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
<u>“ НАДАВАТИ НЕВІДКЛАДНУ ДОПОМОГУ ПРИ ГОСТРІЙ СУДИННІЙ НЕДОСТАТНОСТІ”</u> 1.ПФ.С.25.ПП.Н.13.04

<u>Оснащення:</u> Гумові рукавички, марлеві серветки, ватні тампони, грілки, тонометр, лікарські засоби

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Непритомність – раптово виникає короткочасна втрата свідомості з порушенням м’язового тонусу, послаблення	Визначення стану дитини

діяльності серцевої і дихальної систем, що зумовлена гострою анемією мозку. Колапс - більш тяжка форма гострої судинної недостатності, що характеризується зниженням судинного тонусу, ознаками гіпоксії мозку, пригніченням життєво важливих функцій організму.	
2.Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Покласти дитину таким чином, щоб голова була нижче від тулуба. Забезпечити доступ свіжого повітря. Звільнити грудну клітку від тісного одягу.	Забезпечення доступу свіжого повітря
4. Покропити холодною водою обличчя і груди дитини , піднести тампон з розчином аміаку до носа дитини на відстані 7 – 10 см (можна використовувати оцтову кислоту). Хвору дитину зігріти грілками, дві грілки покласти з обох боків тулуба, одну грілку – до ніг Підшкірно ввести 10 % розчин коразолу, або 10% розчин кофеїну, або кордіамін тощо. Кожен розчин дозується – 0,1 мл на кожен рік життя Якщо непритомність триває більше ніж 1 хв., почати проводити ШВЛ	Забезпечення рефлекторного відновлення дихання При непритомності
5.Негайно ввести один із судинних засобів: 0,1% розчин адреналіну гідрохлориду, 5 % розчин ефедрину, 1% розчин мезатону, 10% розчин кофеїну тощо. Розчин вводити підшкірно в дозі 0,1 мл на кожен рік життя. 0,1 % розчин адреналіну гідрохлориду в дозі 0,2 – 0,7 мл можна вводити внутрішньовенно з ізотонічним розчином натрію хлориду (5 – 10 мл), із 20% розчином глюкози (20 – 40 мл), з кокарбоксилазою – 25 мг. Після нормалізації артеріального тиску внутрішньовенно ввести 0,06% розчин корглікону – 0,1 мл на кожен рік життя (але не більше ніж 0,5 мл) з ізотонічним розчином натрію хлориду. Якщо дитина притомна, можна давати серцеві глікозиди в краплях : лантозид, адонізид, корвалол тощо (1 крапля на кожен рік життя перорально) Внутрішньовенно вводити замінники крові : 5 – 10% розчин альбуміну – 7 – 10 мл на кг маси тіла, желатиноль – 5 – 10 мл на кг маси тіла, плазму – 5 – 10 мл на кг маси тіла, реополіглюкін – 5 –10 мл на кг маси тіла. Розчини вводити повільно крапельно, після чого призначити крапельне введення глюкозо – сольових розчинів. У важких випадках призначити кортикостероїдну терапію.	При колапсі Для відновлення обсягу циркулюючої крові
6. Вимити і висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
7.Зробити відмітку про виконання маніпуляцій в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ НАДАВАТИ НЕВІДКЛАДНУ ДОПОМОГУ ПРИ ГІПЕРТЕРМІЇ”

1.ПФ.С.25.ПП.Н.15.09

Оснащення: Гумовий балончик, стерильні марлеві серветки, гумові рукавички, міхур з льодом, лікарські препарати

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ

1. Гіпертермічний синдром - це терморегуляторне підвищення температури тіла, яке представляє собою організовану і координовану відповідь організму на захворювання або інший подразник.	Визначення стану дитини
2.Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Розкрити дитину. Якщо у дитини озноб, розтерти шкіру тулуба, кінцівок 40% спиртом за допомогою грубого рушника до почервоніння. Якщо у дитини відчуття жару, обтерти шкіру тулуба і кінцівок розчином оцту 1 : 10. До голови прикласти міхур з льодом на 20 хв. або холодний компрес. Через 30 хв. процедуру повторити. Прикласти до магістральних судин шиї, пахвини, в ліктьових і підколінних ямках пляшечки з холодною водою. Зробити очисну клізму з водою, охолодивши її до 14 – 18 *С.	Застосування фізичних методів охолодження
4. Вимий і висуши руки, одягни гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
5.Після очисної клізми зробити лікувальну клізму з 50% розчином анальгіну – 0,5 – 1 мл в 2 – 3 чайних ложках води. Внутрішньом'язово ввести 50% розчин анальгіну – 0,1 мл на рік життя разом з 2% розчином супрастину – 1 – 2 мг на кг маси тіла. Якщо немає ефекту, ввести внутрішньом'язово літичну суміш : 50% розчин анальгіну – 1 мл, 2,5% розчин піпольфену – 1 мл, 2,5% розчин аміназину – 1 мл, 0,5% розчин новокаїну – 5 мл. Суміш дозувати – 0,1 - 0,15 мл на 1 кг маси тіла. В термінових випадках ввести внутрішньом'язово або внутрішньовенно преднізолон – 2 мг на кг маси тіла, гідрокортизон – 5 мг на кг маси тіла.	Догоспітальна допомога
6.Анальгетики : 50% розчин анальгіну – 0,1 мл на рік життя, внутрішньом'язово, цефеконові свічки – 2 – 4 рази на добу. Препарати : 2,4 % розчин еуфіліну – 3 мг на кг маси тіла внутрішньовенно; 2% розчин папаверину гідрохлориду з 0,2 % розчином платифіліну гідрохлориду або з 1 % розчином дибазолу по 0,1 мл на рік життя внутрішньом'язово. Препарати : 0,25% розчин дроперидолу – 0,1 - 0,2 мл або 0,5 – 1 мг на кг маси тіла, 0,5 % розчин сибазону – 0,1 мл на кг маси, 0,5% розчин седуксену – 0,5 – 1 мг на кг маси тіла. Нейролептичні препарати треба вводити внутрішньом'язово разом з 0,1 % розчином тавегілу, 2,5% розчином піпольфену або 2% розчином супрастину – по 1 – 2 мг на кг маси.	Для розширення судин і збільшення тепловіддачі Для проведення нейровегетативної блокади
7.Фізичне охолодження проводити тільки одночасно з нейровегетативною блокадою. Проводити терапію основного захворювання	Забезпечення етіологічної терапії.
8. Вимити і висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
9.Зробити відмітку про виконання маніпуляцій в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

" НАДАВАТИ НЕВІДКЛАДНУ ДОПОМОГУ ПРИ ПЕЧІНКОВІЙ КОМІ"

Оснащення: Шприци одноразові, стерильні марлеві серветки, гумові рукавички, лікарські препарати

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Печінкова кома розвивається внаслідок гострої або хронічної печінкової недостатності (гострі вірусні гепатити та інші інфекційні ураження печінки, отруєння гепатотоксичними отрутами, хронічні захворювання печінки). Початок поступовий: млявість або загальмованість змінюються психомоторним збудженням, можуть бути судоми. Відмічається жовтушність склер і шкірних покривів, судинні крововиливи в вигляді зірочок, темна сеча, ахолічний кал. Печінка збільшена або зменшена, при хронічних процесах – щільна, край її нерівний, на передній черевній стінці – «голова медузи», асцит, носові кровотечі, з рота – запах «сирого м'яса». Пульс м'який, брадикардія переходе в тахікардію, артеріальна гіпотензія, дихання типу Кусмауля.	Визначення стану дитини
2.Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Вимий і висуши руки, одягни гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Проводиться катетеризація магістральних судин, інфузія дезінтоксикаційних розчинів (ксиліт 2,1 – 3,0 мл/кг/год, сорбілакт 35 мл/кг).	Забезпечення доступу до центральних судин.
5. Вводять глюкокортикоїди – солу – медрол 150 мг. Ендотеліотропна, проти набрякова терапія: L – лізіну есцинат 0,1% розчин 5 – 10 мл внутрішньовенно повільно з 10 мл 0,9% розчину натрію гідрокарбонату. Антиоксидантна терапія – 2,5% розчин тіатриазоліну 2 – 5 мл внутрішньом'язово. Внутрішньовенно вводять препарати вітамінів групи В, С.	Надання до госпітальної допомоги.
6. Вимити і висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
7.Зробити відмітку про виконання маніпуляцій в листку призначень. Госпіталізувати дитину в ВІТ.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
" НАДАВАТИ НЕВІДКЛАДНУ ДОПОМОГУ ПРИ ШЛУНКОВО – КИШКОВІЙ КРОВОТЕЧІ"

Оснащення: Гумовий балончик, стерильні марлеві серветки, гумові рукавички, міхур з льодом, шматочки льоду, лікарські препарати

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Провести об'єктивний огляд дитини , оцінити блювотні маси і стілець	Визначення стану дитини
2.Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Забезпечити дитині повний спокій, горизонтальне положення. На живіт покласти холод. Дитину не годувати	Забезпечення комфортного положення дитині
4. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
5.Викликати лікаря і до його приходу в/в струминно ввести 10% розчин кальцію глюконату –0,2 – 0,4 мл /кг, 20 % розчин глюкози – 10 мл з 5% розчином аскорбінової кислоти – 1 мл або краплинно 5 % розчин амінокапронової кислоти 5 мл/кг маси тіла. Протягом доби після кровотечі	Догоспітальна допомога

хворому не дозволяють вживати їжу. Можна ковтати дрібні шматочки чистого льоду. З другої доби дитина починає вживати їжу в рідкому і холодному стані. З третьої доби призначають дієту № 1а. Спостерігати за дотриманням ліжкового режиму.	
6. Вимити і висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
7. Зробити відмітку про виконання маніпуляції в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
“ НАДАВАТИ НЕВІДКЛАДНУ ДОПОМОГУ ПРИ ГІПОВОЛЕМІЧНОМУ ШОКУ” 1.ПФ.С.25.ПП.Н.10.02

Оснащення: Тонометр, стерильні марлеві серветки, гумові рукавички, апарат Боброва, киснева подушка, шприци, ватні кульки, спирт 96*, лікарські препарати

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Провести об’єктивний огляд дитини , оцінити крововтрату. Геморагічний (гіповолемічний) шок виникає внаслідок масивної крововтрати .	Визначення стану дитини
2.Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Визначити ступень крововтрати за клінічною картиною: - дефіцит ОЦК до 10% - слизові слизові оболонки клейкі, тургор шкіри тістоподібний, діурез знижений, кінцівки до китиць і ступнів теплі, психічний стан не змінений, симптом «блідої плями» не більше 2 с, пульс не змінений, АТ в межах вікової норми, ЧСС не змінена, ЧД не змінена; - дефіцит ОЦК до 20% - слизові сухі, діурез різко знижений, кінцівки теплі до ліктьових і колінних суглобів, дратівливість або тривога, симптом « білої плями» більше 2 с, пульс ослаблений або відсутній, АТ знижується, ЧСС підвищена до 10 – 20% від норми, ЧД не змінена; - дефіцит ОЦК до 30% - слизові сухі, діурез відсутній, кінцівки холодні , напівсвідомий стан, симптом « білої плями» більше 5 с, пульс ослаблений або відсутній, АТ знижений, ЧСС підвищена до 30 – 40% від норми, ЧД підвищена на 30 – 40% вікової норми; - дефіцит ОЦК до 50% - слизові сухі, діурез відсутній, кінцівки холодні , напівсвідомий стан, симптом « білої плями» більше 5 с, пульс ослаблений або відсутній, АТ знижений, ЧСС підвищена до 30 – 40% від норми, ЧД підвищена на 30 – 60% вікової норми;	Визначення ступеня крововтрати.
4. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
5. За показаннями проводиться комплекс серцево – легеневої реанімації. Усунути причину кровотечі.	Забезпечення зупинення кровотечі.
6. Забезпечити вільну прохідність дихальних шляхів, інгаляція 100% кисню. Катетеризація магістральних судин.	Забезпечення вільного доступу до судин.
7. Інфузія препаратів ГЕК (гекодез) в дозі 5 – 6 мл/кг зі швидкістю 0,75 – 1,2 мл/кг/хв. до відносної стабілізації АТ, потім – 0,1 – 0,5 мл/кг/хв.. При неефективності – інфузія 7 – 7,5% розчину натрію хлориду в дозі 2 –	

<table>
<tr><td>4 мл/кг зі швидкістю 60 – 80 крап/хвил.
Поліпшення мікро циркуляції – реосорбілакт – 6 – 8 мл/кг.
Оптимальною є інфузійно – трансфузійна схема заміщення крововтрати за Брюсовим:
<table>
<tr><th>Крововтрата</th><th>Об’єм інфузії в % до крововтрати</th></tr>
<tr><td>До 10%</td><td>200 – 300%</td></tr>
<tr><td>До 20%</td><td>200%</td></tr>
<tr><td>До 40%</td><td>180%</td></tr>
<tr><td>До 70%</td><td>170%</td></tr>
<tr><td>До 100%</td><td>150%</td></tr>
</table>
Корекція кислотно – лужного стану: сорбілакт 2,5 – 5мл/кг, ксиліт – 1,5 – 2,5 мл/кг/год внутрішньовенно краплинно.
Ендотеліотропна терапія – L – лізіна есцинат з розчином натрію хлориду внутрішньовенно повільно.
Знеболюючі у дітей старше 12 років – кеторол 0,5 – 1,0 мл внутрішньом’язово.
При необхідності – анестезіологічне забезпечення, краще кетамін (кеталар, каліпсол) в дозі 3 – 5 мг/кг внутрішньовенно.</td><td></td></tr>
<tr><td>6. Вимити і висушити руки, зняти рукавички</td><td>Забезпечення інфекційної безпеки</td></tr>
<tr><td>7. Зробити відмітку про виконання маніпуляції в листку призначень.</td><td>Забезпечення передачі інформації</td></tr>
<tr><td>8. Екстрена госпіталізація в положенні Тренделенбурга в спеціалізований стаціонар або ВІТ.</td><td>Забезпечення надання допомоги госпітальної</td></tr>
</table>

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ НАДАВАТИ НЕВІДКЛАДНУ ДОПОМОГУ ПРИ СУДОМАХ” 1.ПФ.С.25.ПП.Н.31.02

Оснащення: Гумовий балончик, стерильні марлеві серветки, гумові рукавички, шпатель, роторозширювач, апарат Боброва, лікарські препарати

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Судомний синдром - це раптовий напад мимовільних скорочень поперековo – смугових м’язів, які супроводжуються, як правило, втратою свідомості	Визначення стану дитини
2.Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Вимий і висуши руки, одягни гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Визначити – чи є порушення дихання. Якщо є : Вставити роторозширювач (шпатель), очистити ротову порожнину і глотку, 100 % кисень через маску, при повторних судомах ввести в м’язи дна ротової порожнини седуксен, при зберіганні ознак гіпоксії ввести в м’язи дна ротової порожнини атропін, інтубація трахеї, при відсутності ефекту і повторних судомах почати ШВЛ і повторити седуксен (0,5 мг на кг), в/в оксибутират натрію 100 мг/кг, госпіталізація в реанімаційне відділення	Забезпечення відновлення дихання

5. Якщо немає порушень дихання – визначити етіологію судом. Якщо етіологія судом зрозуміла – провести лікування відповідно етіології судом. Якщо етіологія судом не зрозуміла – в/в ввести: седуксен 0,5 мг/кг , глюкоза 20% - 2 мл/кг , оксибутират натрію 150 мг/кг, оксигенотерапія	Визначення етіології судом
6. Якщо свідомість по закінченні судом збережена - дитину не госпіталізують, актив бригади ШД через 6 год.	Визначення подальшої тактики
7.Якщо свідомість по закінченні судом втрачена – при комі госпіталізація в реанімаційне відділення (1 – 2 ступень), при комі 3 ступеня – інтубація трахеї після в/в ін'єкції атропіну, допамін, ШВЛ	Визначення подальшої тактики
8. Вимити і висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
9.Зробити відмітку про виконання маніпуляцій в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

" НАДАВАТИ НЕВІДКЛАДНУ ДОПОМОГУ ПРИ ГОСТРІЙ АЛЕРГІЧНІЙ РЕАКЦІЇ" 1.ПФ.С.25.ПП.Н.27.08

Оснащення: Стерильні марлеві серветки, гумові рукавички, джгут, міхур з льодом, лікарські препарати, гумовий товстий шлунковий зонд, кухоль Есмарха, кухоль з водою, мазі

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.До алергічних реакцій негайного типу відносяться анафілактичний шок, кропив'янка (свербіння і висипка на шкірі та слизових оболонках) та набряк Квінке (набряк, що локалізується в місцях з великою кількістю підшкірно – жирового шару)	Визначення стану дитини
2.Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Вимий і висуши руки, одягни гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4.Негайно ввести підшкірно 0,1 мл 0,1 % розчину адреналіну. Вводити 0,1 % розчин адреналіну по 0,1 мл кожні 15 хвилин (3 – 5 ін'єкцій) до виведення з алергійного шоку. На місце ін'єкції або укусу комахи прикласти холод. Місце ін'єкції або укусу обколоти 0,1 % розчином адреналіну в розведенні 1 : 10 000. Готують розчин так : 0,1 мл 0,1 % розчину адреналіну і 0,9 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Якщо лікарські засоби введено в кінцівку, то накласти на кінцівку джгут вище від місця введення.	При анафілактичному шоці Забезпечення локалізації і запобігання поширенню препарата або речовини, що викликала алергічну реакцію
5. Внутрішньовенно ввести 2,5 % розчин піпольфену – 0,1 мг на кг маси тіла, в другому шприці – 10 % розчин кальцію хлориду – 0.2 – 0,3 мл на кг маси тіла. За показаннями ввести внутрішньом'язово або внутрішньовенно глюкокортикоїди : преднізолон 2 – 3 мг на кг маси тіла, гідрокортизон – 5 – 10 мг на кг маси тіла, проводити штучну вентиляцію легенів, закритий масаж серця. Терміново госпіталізувати хвору дитину.	Догоспітальна допомога

6. У стаціонарі вводити внутрішньовенно крапельно: А) 1 мл 0,1 5 розчину адреналіну у 100 – 200 мл 5 – 10 % розчину глюкози (передозування не буває, тому що адреналін швидко руйнується моноаміноксидазою) Б) преднізолон – 5 мг на кг маси тіла і більше (гідрокортизон 10 – 15 мг на кг маси тіла, дексаметазон – 0,5 – 0,7 на кг маси тіла) В) антигістамінні засоби : піпольфен, супрастін Г) реополіглюкін, глюкозо – сольові розчини Проводити посиндромну інтенсивну та реанімаційну терапію	Госпітальна допомога
7. Припинити надходження алергену . При надходженні алергену через травний канал промивають шлунок і роблять очисну клізму. Антигістамінні препарати перорально, в/м, в/в (в залежності від тяжкості стану дитини). У випадках ураження слизової оболонки травного каналу (абдомінальний синдром), тяжкого стану, локалізації патологічного процесу на слизовій оболонці гортані призначають глюкокортикоїди (преднізолон 1 – 2 мг/кг). Препарати кальцію (кальцію хлорид або кальцію глюконат) перорально або внутрішньовенно в вікових дозах. Для зменшення свербіння уражені місця слід змащувати мазями, до складу яких входять глюкокортикоїди, протирати спиртовими розчинами. При наявності ознак обтураційної дихальної недостатності показана інтубація або трахеостомія. Виражені загально токсичні симптоми і синдроми потребують призначення симптоматичної і інфузійної посиндромної терапії.	При кропив'янці і набряку Квінке
8. Вимити і висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
9.Зробити відмітку про виконання маніпуляцій в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
" НАДАВАТИ НЕВІДКЛАДНУ ДОПОМОГУ ПРИ
ІНФЕКЦІЙНО – ТОКСИЧНОМУ ШОКУ" 1.ПФ.С.25.ПП.Н.08.05

Оснащення: Тонометр, стерильні марлеві серветки, гумові рукавички, шприци, лікарські препарати.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Інфекційно – токсичний шок - має бурхливий розвиток і проявляється загрозливими для життя симптомами.	Визначення стану дитини
2.Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Вимий і висуши руки, одягни гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Введення кортикостероїдів за сучасними уявами показано тільки при менінгококцемії. При АТ нижче 70 мм рт ст внутрішньовенно вводять 10 мг/кг гідрокортизону. При відсутності ефекту кожні 20 – 30 хвилин дозу повторюють. При більш високому рівні АТ необхідно внутрішньовенно ввести преднізолон (2 мг/кг), а внутрішньом'язово – гідрокортизон (5 мг/кг).	Забезпечення гормонотерапії.

5. Почати внутрішньовенне вливання плазми або середньомолекулярних плазмозамінників (10 – 20 мл/кг протягом 30 – 40 хвилин). При відсутності вказаних препаратів слід використовувати кристалоїди (10% розчин глюкози і фізіологічного розчину натрію хлориду) із розрахунку 30 мл/кг/год. Починаючи інфузійну терапію, кожні 10 – 20 хвилин треба проводити контролюючі вимірювання АТ, частоти пульсу і температури тіла.	Забезпечення інфузійної терапії.
6. Якщо гіпотензія зберігається, не дивлячись на введення плазмозамінних розчинів, необхідно почати внутрішньовенно вводити допамін (10 мкг/кг/хв), при його неефективності додають добутрекс (10 мкг/кг/хв), і в останню чергу, адреналін (0,5 – 2,0 мкг/кг/хв). Їх дозу титрують – збільшують або зменшують, дотримуючись підтримування тиску на нормальному рівні. При данній терапії АТ слід вимірювати кожні 5 – 10 хвилин.	Визначення подальшої тактики Дозування препаратів і необхідність їх поєднання сугубо індивідуально.
7. При рефрактерній артеріальній гіпотензії обов'язкова корекція метаболічного ацидозу.	Визначення подальшої тактики
8. Артеріальна гіпотензія нижче 70 мм рт ст потребує переводу дитини на ШВЛ.	Забезпечення переводу дитини на ШВЛ.
9. Необхідно призначити внутрішньовенно антибіотик з розрахунку етіології захворювання.	Визначення подальшої тактики
10. Як тільки вдасться підтримувати АТ вище 70 мм рт ст хворому показано проведення гемосорбції. Такий комплекс заходів продовжують доки хворий не буде підтримувати центральну гемодинаміку без інотропних препаратів (іноді до 5 – 7 днів).	Визначення подальшої тактики
11. Вимити і висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
12.Зробити відмітку про виконання маніпуляцій в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
" НАДАВАТИ НЕВІДКЛАДНУ ДОПОМОГУ ПРИ ХАРЧОВИХ ТОКСИКОІНФЕКЦІЯХ"

1.ПФ.С.25.ПП.Н.19.04

Оснащення: Гумовий балончик, стерильні марлеві серветки,гумові рукавички, киснева подушка, апарат Боброва, товстий шлунковий гумовий зонд, кухоль Есмарха, ємність з водою, лікарські препарати, ватні кульки

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Провести об'єктивний огляд дитини, визначити характер отруєння	Визначення стану дитини
2.Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Вимий і висуши руки, одягни гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Після введення змащеного перевареною водою зонда у шлунок відсмоктати шприцом шлунковий вміст, відправити його на хімічний аналіз.	Визначення отруйної речовини
5.Промивати шлунок до чистих промивних вод теплим ізотонічним розчином натрію хлориду, враховуючи вік дитини	Видалення отруйної речовини з шлунка

6. Після закінчення промивання ввести через зонд антидот. 1)У разі отруєння кислотами промивання шлунка проводити білковою водою (білок 4 яєць розчиняється в 1 л води), непереваренним молоком або через зонд ввести воду з милом (10 г мила на 500 мл води). 2)У разі отруєння жиророзчинними речовинами через зонд вводити рослинну олію або парафінове масло – 3 мл на 1 кг маси тіла 3)У разі отруєння лугами провести промивання шлунка оцтом, розведеним водою – 1: 4, розчином лимонної кислоти (1 – 2 чайні ложки на 200 мл води), білковою водою, лимонною водою (1 лимон на 1 склянку води). Ці речовини можна вводити через зонд після промивання шлунка 4)У разі отруєння нітратами після промивання дати сольову послаблю вальну речовину або парафінове масло 5)У разі отруєння отруйними грибами, солями металів, з'єднаннями хлору після промивання шлунка вводити через зонд активоване вугілля – 1 г на кг маси тіла, а якщо кількість отрути визначена, то у співвідношенні 8 : 1 (в 1 склянці води розвести 1 – 2 чайні ложки активованого вугілля). Універсальний антидот для в/в, в/м введення – унітіол 2,5 мг на кг маси тіла, 3 – 6 днів. 6)У разі отруєння лікарськими препаратами з дією атропіну шлунок промити 0,5% розчином калію перманганату, ввести 100 мл 1% розчину таніну. Дати активоване вугілля або сольову послаблювальну речовину. Підшкірно вводити антидот – 1% розчин пілокарпіну –0,2 мг на кг маси тіла кожні 20- 30 хв до поліпшення стану 7)У разі отруєння кісточками фруктових плодів промивати шлунок 0,5% розчином калію перманганату, 1 – 5% розчином натрію тіосульфату, 3% розчину перекису водню, який розводити водою у співвідношенні 1: 5 . дати активоване вугілля. 8)У разі отруєння барбітуратами в/в вводити антидот бемегрид 1 мг на кг маси тіла.	Застосування антидотів у разі різних видів отруєння
7. Проводять форсування діурезу, гемодилюцію, форсування дихання, замісне переливання крові, гемосорбцію, гемодіаліз, перитонеальний діаліз, кишковий діаліз, плазмаферез.	Забезпечення виведення отрути з крові
8. Проводять симптоматичну терапію. Призначають препарати: седативні, аналептичні, антибіотики, глюкокортикоїди, діуретики. Проводять оксигенотерапію, ШВЛ	Забезпечення подальшого лікування
9. Вимити і висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
10.Зробити відмітку про виконання маніпуляцій в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
СПЕЦІАЛЬНОСТІ " ЛІКУВАЛЬНА СПРАВА "
" НАДАВАТИ НЕВІДКЛАДНУ ДОПОМОГУ ПРИ БОТУЛІЗМІ"
" ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ДІТЕЙ"

ПФ. С.14.ПП.Н.153.1906

Оснащення: Гумовий балончик, стерильні марлеві серветки,гумові рукавички, киснева подушка, апарат Боброва, товстий шлунковий гумовий зонд, кухоль Есмарха, ємність з водою, лікарські препарати, ватні кульки

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Ботулізм відноситься до харчових інтоксикацій бактеріального походження, компонентом якого є токсин збудника, що розмножується (палички ботуліну). Основною причиною виникнення є вживання в їжу продуктів домашнього консервування (солона , в'ялена риба, гриби в герметично закритих банках, овочеві і фруктові консерви, м'ясні продукти). Інкубаційний період складає 18 – 24 години, чим коротше – тим більше доза токсину. Розрізняють три варіанти початку захворювання: - диспепсичні розлади – сухість в роті, рідше – гіперсалівація, дизфагія, спастичні болі в кишечнику, іноді прояви гастроентероколіту; - розлади зору – зниження гостроти, неправильна форма зіниць, млява реакція на світло або повна відсутність її, анізокорія, міоз або мідріаз, диплопія, ністагм; - бульварний синдром – порушення дихання, розлади ковтання, артикуляції, фонації, серцевої діяльності. Під час прогресування захворювання з'являються осиплість і гнусавий відтінок голосу, афонія, іноді параліч глоткових м'язів. Розвивається парез дихальних м'язів, зупинка дихання може виникати гостро.	Визначення стану дитини
2.Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Вимий і висуши руки, одягни гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Зробити промивання шлунку (зберегти для аналізу промивні води) розчином калію перманганату і очисні клізми, ввести ентеросорбенти – активоване вугілля 0,5 – 1,0 г/кг або поліфепан 0,1 – 0,3 г/кг, або 5% розчин ентеродезу 10 – 50 мл.	Проведення ранньої нейтралізації ботулинотоксину.
5. При наявності сироватки – внутрішньовенне введення половинної дози типів А, С, Е по 50 000 МО та В – 25 000 МО, друга половина вводиться внутрішньом'язово. Одночасно застосовується анатоксин по 0,5 мл кожного типу, сумарна доза – 2 мл. При дихальних розладах ШВЛ масковим, ендотрахеальним способом . При порушеннях гемодинаміки – інфузія препаратів ГЕК (гекодез) 4 – 6 мл/кг/год. Симптоматична терапія.	Надання до госпітальної допомоги.
6. Вимити і висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
7.Зробити відмітку про виконання маніпуляцій в листку призначень. Госпіталізація в ВІТ.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
СПЕЦІАЛЬНОСТІ " ЛІКУВАЛЬНА СПРАВА "

" НАДАВАТИ НЕВІДКЛАДНУ ДОПОМОГУ ПРИ ПСИХОМОТОРНОМУ ЗБУДЖЕННІ"

" ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ДІТЕЙ"

ПФ. С.14.ПП.Н.155.1919

Оснащення: Стерильні марлеві серветки,гумові рукавички, киснева подушка, апарат Боброва, лікарські препарати, ватні кульки

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Психомоторне збудження у дитини характеризується раптовим початком, ознаками рушійного збудження, при якому відмічається часткове або загальне з'явлення судом.	Визначення стану дитини
2. При судомному гіпертермічному синдромі виявити наявність гіпертермії до нападу, при централізації кровообігу – виключити інфекційний токсикоз, нейроінфекції. При нормальній температурі тіла виявити причину виникнення судом: виключити отруєння, травми ЦНС, рахіт, спазмофілію, діабет, епілепсію, істерію.	Визначення етіології судом.
3. Оцінити колір шкірних покривів – ціаноз, блідість, синюшність. Виявити порушення дихання – апное, патологічні типи дихання, задишка. Виявити порушення серцевої діяльності – тахі – або брадікардія, розлади гемодинаміки. Визначити наявність менінгеальних симптомів – ригідність м'язів потилиці, позитивні симптоми Керніга, Брудзинського. Оцінити вегетативні порушення – розлитой дермографізм, анізокорія.	Виявлення ступеня судомного синдрому.
4. При збереженій свідомості – оксигенотерапія через носовий катетер, при порушеній свідомості – інтубація трахеї і перехід на ШВЛ.	Забезпечення оксигенотерапії
5. Протисудомна терапія : бензодіазепіни (седуксен, реланіум, діазепам, сібазон) 0,3 – 0,5 мг/кг внутрішньовенно, при неефективності 1% гексенал або тіопентал натрію в дозі 5 – 7 мг/кг внутрішньовенно. Антиоксидантна терапія – 2,5% розчин тіотриазоліну: від 1 року до 6 років – 1,25 – 2,5 мл, 7 – 9 років – 1,5 – 3 мл, 10 – 12 років – 1,7 – 3,5 мл , старше 12 років – 2 – 5 мл внутрішньом'язово. Дегідратаційна терапія : лазікс 2 – 3 мг/кг внутрішньом'язово або внутрішньовенно. Протинабрякова терапія – L – лізіну есцинат : у дітей у віці 1 – 5 років – 0,22 мг/кг, 5 – 10 років – 0.18 мг/кг, 10 – 14 років – 0,15 мг/кг, старше 14 років – 0.12 мг/кг з 0,9% розчином натрію хлориду внутрішньовенно повільно. Симптоматична терапія.	Надання до госпітальної допомоги.
6. Вимити і висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
7.Зробити відмітку про виконання маніпуляцій в листку призначень. Госпіталізація в ВІТ.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ЗАСТОСОВУВАТИ МІСЦЕВО ХОЛОД

1.ПФ.С.21.ПП.Н.08.03

Оснащення:

Гумовий міхур з широким отвором, шматочки льоду, пелюшка, 3% розчин хлораміну, серветка, годинник

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Роз'яснити матері (дитині) мету і хід процедури, отримати їх згоду	Забезпечення права на інформацію, участь в процедурі
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
4.Поклади кусковий льод в пелюшку, розбий його на дрібні шматки (розміром 1 – 2 см)	Льод невеликими шматками більш равномірно розподіляється в міхурі

5.Наклади до половини об'єму невеликі шматочки льоду. Витисни з міхура повітря, натиснувши рукою на міхур, розташований на твердій поверхні.	Забезпечення вільного простіру для води, що утворюється під час таяння льоду
6.Щільно закрий міхур, переверни міхур корком вниз	Забезпечення і перевірка герметичності
7.Поклади міхур з льодом на середину пелюшки, зав'яжи пелюшку	Профілактика обмороження шкіри
8. Підвісь пелюшку з міхуром на відстані 5 – 10 см над головою дитини. Перевір відстань між міхуром і головою дитини (ребро долоні повинно вільно проходити між ними)	Попередження місцевого обмороження
9. Міхур з льодом або флакони з льодом прикласти на ділянку крупних судин, попередньо прикривши їх пелюшкою (пахвинні ділянки, пахові складки, підколінні ямки)	Покращення тепловіддачі Попередження місцевого обмороження
10.Зафіксувати час. Тривалість процедури не більше 20 -–30 хвилин. При необхідності її повторення перерва повинна складати не менше 10 – 15 хвилин. Під час таяння льоду зливати воду з міхура і підкладати в нього нові шматочки льоду, міняти флакони	Виключення вірогідності виникнення патологічних станів, пов'язаних з тривалим місцевим спазмом судин
11.Через 20 – 30 хвилин убрати міхур і флакони і перемірити температуру тіла дитині	Визначення ефективності проведення процедури. Якщо заходи ефективні, температура повинна знизитися на 0,2 – 0,3 * С
12.Провести корекцію заходів , враховуючи данні повторної термометрії	При зниженні температури через 20 – 30 хвилин на 0,2 – 0,3 *С проведені заходи припиняють, при відсутності позитивної динаміки або при підвищенні температури необхідно перейти на наступний етап гіпотермії
13.Після використання звільни міхур від льоду. Продезінфікуй міхур дезрозчином двічі з інтервалом 15 хвилин. Промий водою, висуши або витри насухо серветкою. Вимий і висуши руки	Забезпечення інфекційної безпеки

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

" БРАТИ ШКРІБОК НА ЕНТЕРОБІОЗ" 1.ПФ.С.23.ПП.Н.26.01

Оснащення: предметні скельця, клійка стрічка , гумові рукавички, склограф.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз 'яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію

2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Візьми дерев'яну паличку, намотай вату. Змочи в ізотонічному розчині натрію хлориду.	Забезпечення умов зберігання яєць гостриків
5. Залежно від віку дитину поклади на спину, або на лівий бік з підігнутими нижніми кінцівками.	Забезпечення зручного положення дитини
6. Пальцями лівої руки розведи сідниці. Наклій правою рукою клійку стрічку на періанальні складки, зніми стрічку, наклій її знов на предметне скельце. Постав порядковий номер на направлення.. Випиши направлення в лабораторію: ПІ дитини, вік, дата взяття зіскобу, діагноз, адреса і підпис медсестри. Зіскоб відправ в клінічну лабораторію.	Взяття матеріалу на обстеження
7. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки. Гумові рукавички знезаразити в 3% розчині хлораміну	Забезпечення інфекційної безпеки
8.Запиши в журнал реєстрацій зіскобу на ентеробіоз про виконання процедури .	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

«ЗДІЙСНЮВАТИ ДОГЛЯД ЗА ШКІРОЮ"

1.ПФ.С.24.ПП.Н.02.01

Оснащення:

Ваші кульки, стерильне вазелінове масло або рослинна олія, промаркірований чайник. переварена вода (температура 37 *С), пелюшки

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз 'яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Приготувати необхідне оснащення 3.Вимий і висуши руки. Одягни гумові рукавички	Забезпечення чіткості виконання процедури Забезпечення інфекційної безпеки
4. Роздягни дитину, підмий перевареною водою. Дівчаток підмивай від лона до анального отвору. Вода повинна бути проточною. В умовах стаціонару для підмивання використовують промаркірований чайник.	Забезпечення комфортних умов для дитини Забезпечення попереджання заносу інфекції в сечостатеві шляхи Забезпечення інфекційної безпеки
5. Поклади дитину на сповивальний столик, просуши шкіру чистою пелюшкою промакуючими рухами.	Забезпечення комфортних умов дитині Попередження подразнення шкіри
6. Використану пелюшку покласти в мішок для брудної білизни	Забезпечення інфекційної безпеки

7. Оброби складки шкіри ватною кулькою, змоченою стерильною вазеліновою або рослинною олією	Забезпечення профілактики попрілостей
8. Одягни дитину, поклади її в ліжко.	Забезпечення комфортних умов дитині
9. Зними рукавички, вимий і висуши руки	Забезпечення інфекційної безпеки
10. Зроби відмітку про проведений догляд за шкірою в листку призначень	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
ПРОВОДИТИ ДОГЛЯД ЗА СТАТЕВИМИ ОРГАНАМИ І ПРОМЕЖИНОЮ

Оснащення:
Переварена вода (температура 37 – 38*С), серветки, пелюшка або рушник,стерильна рослинна олія або дитяча присипка,чиста білизна, гумові рукавички,ємкість з дезрозчином, одноразове дитяче мило, дезрозчин .

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Інформувати матір про правила проведення процедури	Забезпечення правильного щоденного догляду за дитиною
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Відрегулювати температуру води в крані, перевірив її шкірою ліктя.	Попередження опіків дитини
4. Вимити, висушити руки, надягти рукавички, фартух	Забезпечення інфекційної безпеки
5.Зняти з дитини брудний одяг і покласти в мішок для брудної білизни	Підготовка дитини до процедури Попередження забруднення навколишнього середовища
6.Візьми дитину на руки так, щоб її голова фіксувалась на ліктьовому згині, а долоня руки підтримувала сідниці.	Найбільш зручне розташування дитини під час проведення процедури
7. Одноразовим дитячим милом помий пахову ділянку, сідниці дитини.Змий під проточною водою, направляй рухи (і воду) зверху вниз. Підмивай дитину від лобка до анального отвору, використовуючи марлеві серветки	Попереджується потрапляння інфекції в сечостатеву систему дитини
8. Поклади дитину на сповивальний столик, рушником або пелюшкою просуши шкіру	Забезпечення гігієнічного комфорта
9.Оброби пахові, сідничні складки стерильною рослинною олією або припудри присипкою	Профілактика попрілостей
10. Сповий дитину та поклади в ліжко	Забезпечення комфортного стану
11.Знезараж сповивальний столик дезрозчином .Зняти рукавички, вимити та висушити руки.Фартух та гумові рукавички знезараж дезрозчином	Забезпечення інфекційної безпеки
11.Знезараж сповивальний столик дезрозчином .Зняти рукавички, вимити та	Забезпечення інфекційної безпеки

висушити руки.Фартух та гумові рукавички знезараж дезрозчином	

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ЗДІЙСНЮВАТИ ДОГЛЯД ЗА ОЧИМА”

1.ПФ.С.20.ПП.Н.12.04

Оснащення: Стерильні ватні кульки, розчин фурациліну 1 : 5000 або слабко – рожевий розчин перманганату калію , відвар ромашки, перекип’ячена вода, рушник, мило, гумові рукавички

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Візьми стерильну ватну кульку, змочи в одному з розчинів (перевареною водою, розчином фурациліну 1 : 5000, слабко – рожевим розчином фурациліну).	Забезпечення дезінфекції в разі запалення ока
5. Промий кожне око окремою ватною кулькою від зовнішнього кута ока до перенісся. При необхідності повтори декілька разів, після кожного руху змінюючи ватну кульку. Осуши око сухою стерильною ватною кулькою. Для кожного ока використовуй окремі ватні кульки.	Запобігання перенесенню інфекції з одного ока на друге
6. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
7.Після виконання маніпуляції в умовах стаціонару зроби відмітку в листку призначень	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ЗДІЙСНЮВАТИ ДОГЛЯД ЗА ВУХАМИ,
ОБРОБЛЯТИ ЗОВНІШНІЙ СЛУХОВИЙ ХІД”

1.ПФ.С.24.ПП.Н.06.02

Оснащення: Стерильна вата, мило, рушник, гумові рукавички

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Приготуй зі стерильної вати джгутики для кожного вуха.	Не використовуй палички, сірники, та металеві стержні.
5. Повернути голову дитини вбік (при туалеті правого вуха – на лівий, лівого вуха – на правий). Лівою рукою відтягни вушну раковину назад і вгору .	Забезпечення випрямлення зовнішнього слухового проходу.
6. Зафіксувати лівою рукою голівку дитини, а правою – обертальними рухами ввести джгутик у зовнішній слуховий прохід і відразу ж обережно вивести його. При необхідності повтори декілька разів, кожен раз змінюючи ватний джгутик. Кожне вухо оброби окремим джгутиком.	Забезпечення видалення сірки
7. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
8.Зроби відмітку у листку призначень про виконання процедури в умовах стаціонару	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ЗДІЙСНЮВАТИ ДОГЛЯД ЗА НОСОВИМИ ХОДАМИ ”

1.ПФ.С.24.ПП.Н.04.02

Оснащення: Вата, стерильне вазелінове масло або рослинна олія, рушник, мило, гумові рукавички

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ

1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Приготувати з вати джгутики для кожного носового ходу	Забезпечення інфекційної безпеки
5. Змочити ватні турунди у стерильному вазеліновому маслі. Зафіксувати лівою рукою голівку і носик дитини, а правою рукою обертальними рухами ввести джгутик у носовий хід на 1 – 1,5 см і відразу обережно вивести його. Повторити такі дії декілька разів.	Забезпечення профілактики пошкодження слизових оболонок. Забороняється прочищати носові ходи твердими предметами (сірниками, паличками з ватними кульками)
6. Повтори маніпуляцію для другого носового ходу, використовуючи окремі джгутики.	Забезпечення інфекційної безпеки
7. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
8.В умовах стаціонару після виконання маніпуляції зроби відмітку в листку призначень	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ЗДІЙСНЮВАТИ ДОГЛЯД ЗА ПОРОЖНИНОЮ РОТА”

1.ПФ.С.18.ПП.Н.15.04

Оснащення: Гумовий балончик, стерильні марлеві серветки, 2% розчин гідрокарбонату натрію (або слабко – рожевий розчин перманганату калію, 100 % розчин цукрового сиропу), гумові рукавички.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ

1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення. Дитину покласти на сповивальний столик, накритий пелюшкою.	Забезпечення чіткості виконання процедури Забезпечення комфортних умов дитини
3. Вимий і висуши руки, одягни гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4.Візьми гумовий балончик, витисни повітря та набери 2% розчин гідрокарбонату натрію (або слабо – рожевий розчин перманганату калію). Послідовно декілька разів зрошуй слизову оболонку ротової порожнини. Лікувальний розчин зрошує слизову оболонку і витікає в підставлений лоток.	Забезпечення зрошення слизових оболонок
5. Візьми стерильну марлеву серветку на вказівний палець правої руки, змочи лікувальним розчином. Зафіксуй кінці марлевої серветки в долоні. Провокуючими рухами обережно оброби слизову оболонку порожнини рота в місцях уражень.	Забезпечення правильності виконання процедури
6. Дітям , старшим 5 років слизову оболонку порожнини рота зрошують аерозольними засобами, такими як “Інгаліпт”, “Каметон”, “Камфомен”.	Забезпечення зрошення слизових оболонок
7. Дитину, хвору на стоматит, слід терміново ізолювати, виділивши їй окремий посуд, іграшки, предмети догляду.	Забезпечення інфекційної безпеки
8. Вимити і висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
9.Зробити відмітку про виконання маніпуляції в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ГОДУВАТИ ЛЕЖАЧОГО ХВОРОГО З ЛОЖКИ

1.ПФ.С.19.ПП.Н.12.01

Оснащення: Гумові рукавички, ложка, тарілка з їжею (прикорм або суміш)

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Роз’яснити матері мету і хід проведення Процедури	Забезпечення правильного щоденного годування дитини
2. Підготувати все необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
15. Розрахувати необхідну для дитини кількість молока на добу і на одне годування (ДКІ та РКІ).	Забезпечення введення необхідної кількості Молока
3. Вимити і висушити руки. Надягнути маску, косинку. Підготувати дитину до годування	Забезпечення інфекційної безпеки

4. Візьми дитину, зручно сядь. Дитину тримай так, щоб голова дитини знаходилась на ліктьовому згині, з підвищеним головним кінцем. Якщо дозволяє вік дитини, посади її собі на коліна.Закрий грудь дитини пелюшкою або клейонкою.	Профілактика аспірації Попередження забруднення одягу дитини
5. Візьми ложкою страву, яка підготовлена для дитини, обережно піднеси до губ дитини і легенько торкнись нею губ дитини. Коли дитина відкриє рот – введи ложку в порожнину рота, ложку забери і слідкуй за тим, щоб дитина проковтнула набрану в рот їжу. Тільки після цього дитині можна давати слідуючу порцію.	Попередження аспірації
6.Після годування умий дитину, потримай в	Видалення повітря, яке потрапило в шлунок

вертикальному положенні 2 – 5 хвилин	під час годування
7. Поклади дитину в ліжко на бік з підвищеним головним кінцем	Профілактика аспірації при можливому Зригуванні
8.Тарілку і ложку звільни від залишків суміші або прикорму. Промий тарілку і ложку під проточною водою, знежир 2 – 3% розчином натрію гідрокарбонату,промий під проточною водою. Знезараж кип'ятінням протягом 30 хвилин.	Забезпечення інфекційної безпеки

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

" ЗДІЙСНЮВАТИ ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМ В ГАРЯЧЦІ" 1.ПФ.С.20.ПП.Н.01.04

Оснащення: Грілки, термометр, гарячі напої, постільна і спідня білизна, вода кімнатної температури, серветки, рушник, вазелінове масло, гумовий балончик, судно, сечоприймач, міхур з льодом, тонометр, секундомір, пелюшки

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз 'яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Визначити період гарячки. Розрізняють такі періоди : підвищення температури, збереження температури на певному рівні і зниження температури.	Забезпечення правильності догляду за хворим
5. В 1 періоді догляд за хворим включає: 1.Забезпечити постільний режим 2.Зігріти пацієнта: подати і допомогти вдягти теплий одяг, тепло вкрити пацієнта, обкласти грілками, подати гарячі напої 3.Вимірювати температуру тіла через кожні 3 Години	Забезпечення відсутності ознобу в пацієнта
6. В 2 періоді догляд за хворим включає: 1.Організувати індивідуальний сестринський пост. 2.Ліжко обладнати бічними сітками 3.Забезпечити вживання їжі невеликими порціями 6 – 7 разів на добу 4.Забезпечити посилене харчування (продукти висококалорійні й ті, що легко засвоюються, у рідкому і напіврідкому стані – стіл № 13) 5.Пояснити пацієнтові необхідність усіх втручань, які проводяться 6.Пропонувати пацієнтові потроху пити кожні 20 – 30 хв., бажано улюблені ним напої (соки, морс, мінеральну воду, чай) 7.Для прискорення сечовиділення обмежити вживання кухонної солі 8.Переміна постільної і спідньої білизни в разі	Запобігання падінню з ліжка Запобігання зниженню маси тіла

зволоження 9.Проводити туалет шкіри пацієнта (обтирання, обмивання) 10.Виключити появу протягів 11.Змащувати губи вазеліновим масло або будь – яким іншим жиром 12.Зрошування ротової порожнини 13.Своєчасно подавати судно і сечоприймач у ліжко 14. Проводити туалет ділянки промежини 15.Покласти пацієнту на лоб міхур із льодом (через рушник) або холодний компрес 16.Здійснювати контроль за диханням, пульсом, артеріальним тиском щогодини	Запобігання зневодненню і зменшенню інтоксикації Своєчасна переміна вологої білизни Запобігання утворень тріщин на губах Забезпечення звичного режиму фізіологічних відправлень Запобігання марення
7.<u>В 3 періоді догляд за хворим включає:</u> У разі літичного зниження температури тіла: 1.Забезпечити спокій дитині 2.Продовжувати ретельний туалет шкіри 3.Розширити режим рухової активності У разі критичного зниження температури тіла: 1.Вимірювати температуру тіла 2.Зігріти пацієнта грілками, тепло закутати 3. Дати гарячі напої (чай, каву) 4.Контролювати стан шкіри (вологість, колір) 5. Суворий постільний режим 6.Покласти пацієнта в положення “голова нижче тулуба” 7.Здійснювати контроль за пульсом, диханням, артеріальним тиском щогодини 8.Інформувати лікаря про зміни в стані пацієнта 9.Допомагати в дотриманні правил особистої гігієни після поліпшення самопочуття	Забезпечення відсутності ознобу в пацієнта Запобігання падінню з ліжка Поліпшення кровопостачання мозку
8.Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки. Гумові рукавички знезаразити в 3% розчині хлораміну	Забезпечення інфекційної безпеки
9.Зроби відмітку про догляд за дитиною в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІГИ

<u>ПОДАВАТИ КИСЕНЬ РІЗНИМИ МЕТОДАМИ</u>

1.ПФ.С.20.ПП.Н.11.05

Оснащення: киснева подушка, носовий катетер, апарат Боброва, серветки, пелюшки

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Ввічливо привітатися назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури. Роз'яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини, матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання
3.Вимий і висуши руки.	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Вибери метод проведення оксигенотерапії. Кисень можна подавати за допомогою кисневої подушки» носового катетера, через апарат Боброва, в кувез.	Вибір методу залежить від стану дитини та умов, в яких знаходиться дитина.

5. *Інгаляція кисню через маску з кисневої подушки.* Вимий і висуши руки. Поклади дитину в ліжко, з підвищеним головним кінцем, на правий бік, якщо дозволяє вік дитини. Проведи туалет верхніх дихальних шляхів. Змочи марлеву серветку водою. Поклади змочену водою марлеву серветку на маску з кисневої подушки. Піднеси маску до рота дитини на відстань 4-5 см від рота дитини. Поступово відкривай вентиль. Регулюй швидкість потрапляння кисню. Подавай кисень дитині протягом 7-10 хвилин. 	Забезпечення інфекційної безпеки Забезпечення попередження регургітації Забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів Забезпечення зволоження кисню Забезпечення надходження кисню в дихальні шляхи Висока концентрація кисню і довготривале застосування негативно впливає на діяльність серцево - судинної та нервової системи.
6. *Інгаляція кисню через апарат Боброва* Вимий і висуши руки. Проведи туалет верхніх дихальних шляхів. Заповни апарат Боброва водою в кількості 200 -300 мл. З'єднай з джерелом кисню трубку, яка занурена в воду. Трубку, яка збирає зволожений кисень і знаходиться над водою, з'єднай з маскою. Піднеси маску до рота дитини на відстані 3-4 см. Подавай кисень протягом 7 - 10 хвилин. 	Забезпечення інфекційної безпеки Забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів Забезпечення зволоження кисню Забезпечення надходження кисню в дихальні шляхи. Висока концентрація кисню і довготривале застосування негативно впливає на діяльність серцево - судинної та нервової системи.

7. *Інгаляція кисню за допомогою носового катетера* Вимий і висуши руки. Проведи туалет верхніх дихальних шляхів. З'єднай трубку від апарата Боброва, яка знаходиться над водою з одноразовим носовим катетером. Введи в ніздрі дитини дві тоненькі трубочки від носового катетера, закріпи лейкопластирем. Подавай зволожений кисень протягом 7 - 10 хвилин 	Забезпечення інфекційної безпеки Забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів Забезпечення зволоження кисню Забезпечення надходження кисню в дихальні шляхи Висока концентрація кисню і довготривале застосування негативно впливає на діяльність серцево - судинної та нервової системи.
8. В кувез кисень надходить постійно, через зволожуючу систему, концентрація кисню - 30 -40%	Забезпечення комфортних умов недоношеній дитині
9. Зроби відмітку в листку призначень про проведення оксигенотерапії	Забезпечення передачі інформації

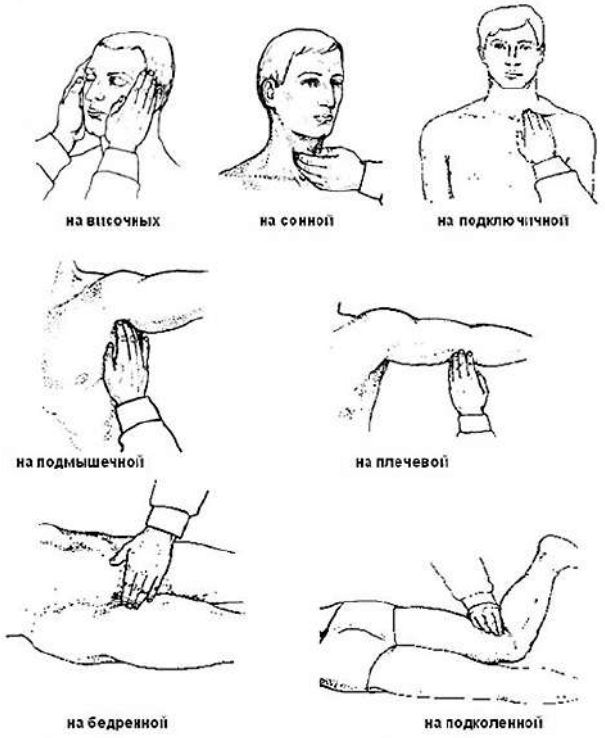
АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПІДРАХОВУВАТИ ЧАСТОТУ ПУЛЬСУ

1.ПФ.Д.04.ПП.Н.02.16

Оснащення: Секундомір, стетофонендоскоп

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз'яснити матері (дитині) мету і хід Процедури	Забезпечення права на інформацію, участь в Процедурі
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
4.В теплому світлому приміщенні уважно оглянь дитину і вибери метод підрахунку частоти пульсу	Існує два методи підрахунку частоти пульсу: - пальпаторний, - аускультативний
5.Захопи променево – зап'ястковий суглоб дитини так, щоб великий палець був з боку ліктя, а решта пальців – з протилежного боку. Вказівним і середнім пальцями пальпуй променеву артерію, дещо притискаючи її до кістки. Підрахуй частоту пульсу за 1 хвилину	Пальпаторний метод Частоту пульсу також можна підрахувати на скроневій, сонній, ліктьовій, стегновій артерії, та в ділянці відкритого великого тім'ячка

	 Рис. 8. Определение пульса на различных артериях.
6. Поклади стетофонендоскоп на верхівку серця. Підрахуй частоту серцевих скорочень за хвилину	Аускультативний метод. Частіше використовується у дітей 1- го року життя. Верхівка серця у дітей 1 – го року життя знаходиться в 4 міжребер'ї зліва на 1 – 1,5 см назовні від лівої середньо- ключичної лінії
7. Порівняти отримані дані з віковою нормою: 0 – 6 міс – 120 – 140 за хвилину 6 – 12 міс – 120 – 125 за хвилину 1 – 2 роки – 110 – 115 за хвилину 2 – 3 роки – 105 - 110 за хвилину 3 – 6 років – 100- 105 за хвилину 6 – 7 років – 90 – 100 за хвилину 7 – 12 років – 75 – 90 за хвилину більше 12 років – 70 – 75 за хвилину	Частота скорочень серця залежно від віку
8. Подякувати дитині, допомогти одягнутись	Створення комфортних умов для дитини
9.Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ЗДІЙСНИТИ ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМ ПІД ЧАС БЛЮВАННЯ”

1.ПФ.С.20.ПП.Н.14.12

Оснащення: Переварена вода, стерильна склянка для взяття матеріалу для дослідження, пелюшки

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки

4. Поверни голову дитини на бік. Підклади пелюшку під голову. Після припинення блювання оброби порожнину рота перевареною водою і дай дитині декілька чайних ложок перевареної води, вмий дитину, переодягни.	Для попередження потрапляння блювотних мас у дихальні шляхи
5. Збери блювотні маси в стерильну склянку, прикріпи етикетку направлення і відправ до бактеріологічної лабораторії для дослідження.	Взяття матеріалу на обстеження
7. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки. Гумові рукавички знезаразити в 3% розчині хлораміну	Забезпечення інфекційної безпеки
8.Зроби відмітку про виконання процедури в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ЗАСТОСОВУВАТИ ГАЗОВИВІДНУ ТРУБКУ”

1.ПФ.С.20.ПП.Н.15.04

Оснащення: М’який гумовий катетер (один кінець якого закруглений, а другий косо зрізаний), ниркоподібний лоток з водою, вазелін, церата, пелюшка

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Дитину вкладають на лівий бік або на спину з піднятими вгору ніжками. Під таз стелять церату, а на неї ставлять лоток	Забезпечення зручного положення дитини
5. Візьми газовивідну трубку, змаж закруглений кінець вазеліном. Лівою рукою розводять сідниці хворого і обертальними рухами правої руки	Забезпечення зручного положення дитини

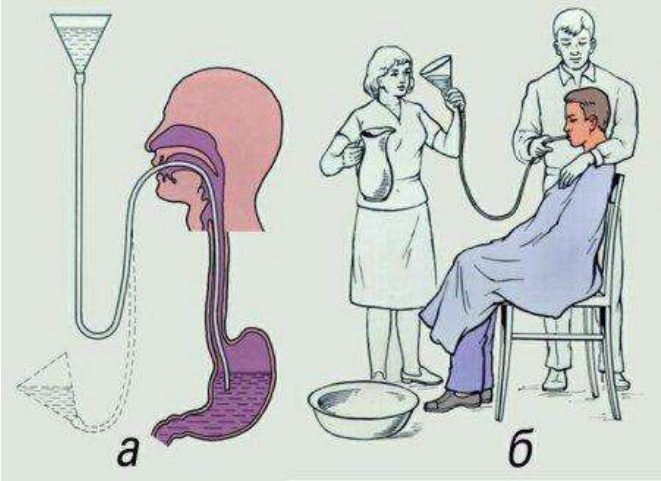
обережно вводять трубку в анальний отвір на 8 – 10 см. Зовнішній кінець її опускають у лоток з водою, оскільки через неї разом із газами можуть виділятися рідкі калові маси. Тривалість процедури 20 - 30 хвилин. Протягом доби процедуру можна повторити декілька разів.	
6. Після виведення трубки шкіру навколо ануса протирають або обмивають теплою водою, а потім змащують вазеліном. Поклади пелюшку в бак для брудної білизни.	Забезпечення інфекційної безпеки
7. Занурь газовідвідну трубку в дезозчин на 1 годину. Промий під проточною водою, знежир. Дезінфікуй методом кип'ятіння протягом 30хвилин. Зберігай в сухому про маркірованому посуді. Знезаразити церату дезрозчином . Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки. Гумові рукавички знезаразити в дезрозчині .	Забезпечення інфекційної безпеки
8.Після виконання процедури в умовах стаціонару зроби відмітку в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

" ПРОМИВАТИ ШЛУНОК"

1.ПФ.С.20.ПП.Н.16.06

Оснащення: Шлунковий зонд з скляним перехідником, лійкою, емальований кухоль, цератовий фартух, стерильна склянка, переварена вода кімнатної температури, пелюшки

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз 'яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення 	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички, одягнути фартух	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Один з помічників надягає клейончастий фартух, сідає, бере дитину на руки, стискаючи її ноги між своїми. Однією рукою він фіксує руки	Забезпечення безпеки дитини

хворого, другою притримує голівку.	
5.Візьми стерильний зонд, виміряй відстань від перенісся до пупка. Зроби позначку. У разі відмови великим та середнім пальцями натискають на обидві щоки на рівні зубів. У момент відкривання рота швидко вводять шпатель, обгорнутий марлею, або роторозширювач. Медпрацівник стає праворуч від хворого, у правій руці тримає зволожений водою зонд на відстані 10 – 15 см від кінця. Лівою рукою обіймає шию дитини.	Забезпечення правильності введення зонда у шлунок
6. Кінець зволоженого кип'яченою водою зонда кладуть на корінь язика, просять хворого зробити кілька ковтальних рухів і в цей момент швидко просувають зонд по стравоходу. При позивах на блювання введення зонда припиняють, а хворому пропонують зробити кілька ковтальних рухів і глибоко подихати через ніс. При попаданні зонда в дихальні шляхи хворий починає кашляти, синіти і втрачати голос. У такому випадку зонд негайно витягують і через кілька хвилин процедуру повторюють.	Попередження попадання зонду в дихальні шляхи
7.Увівши зонд до позначки, до вільного кінця приєднують скляний перехідник, гумову трубку і закріплюють скляну лійку. Тримаючи лійку на рівні колін хворого в нахиленому положенні, щоб не ввести повітря в шлунок, наливають у неї близько 1 л води. Повільно піднімають лійку вище від голови хворого - вода при цьому поступає в шлунок. При наближенні рівня води до вічка лійки, її опускають униз у вихідне положення і тримають на цьому рівні до того часу, поки вода з шлунка з домішками слизу і їжі не заповнить її. Вміст лійки виливають у таз. Промивні води збери у стерильну склянку і відправ в бактеріологічну лабораторію.	Кількість виділеної води приблизно повинна бути такою ж, як кількість введеної води. Слідкуйте, щоб не вся вода із лійки потрапила в шлунок, тому що в такому разі зворотне надходження рідини із шлунка в лійку може бути порушеним.
8.Процедуру повторюють до того часу, поки промивні води не будуть абсолютно чистими. Після закінчення процедури від'єднайте лійку, швидким рухом витягніть зонд, протягуючи його через рушник.	Принцип сполучених судин
9. Лійку , зонд і трубку після використання промивають проточною водою, замочують зонд у миючому розчині на 30хв, полощуть під проточною водою, потім у дистильованій воді кип'ятять 30 хв. Зберігають зонди в 1% розчині борної кислоти. Перед використанням їх споліскують перевареною водою. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки. Гумові рукавички знезаразити в 3% розчині хлораміну	Забезпечення інфекційної безпеки
10.Зроби відмітку про промивання шлунку в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

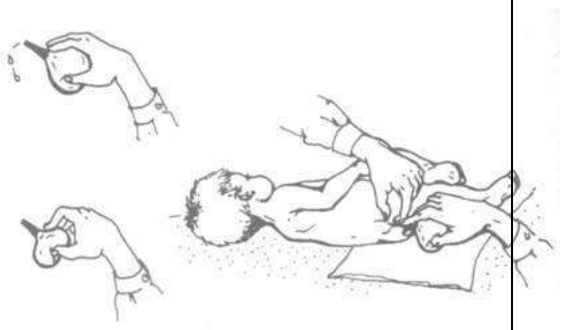
АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

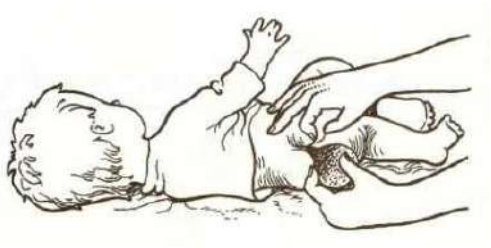
“ ВИКОНУВАТИ ОЧИСНУ КЛІЗМУ”

1.ПФ.С.20.ПП.Н.17.05

Оснащення:

Гумовий балончик з м’яким наконечником, кухоль Есмарха з твердим наконечником, ємність з водою, температура вод 22 – 24*С для дітей старшого віку, 28 – 30*С для дітей раннього віку, клейонка, пелюшка, клейончастий фартух, лоток, вазелінова олія, стерильний пінцет, ватні кульки.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення. Кількість рідини залежить від віку дитини: новонароджений – 30 мл до 3 міс – 50 мл до 1 року – 100 мл Після 1 року життя - 100 + 100 х (п – 1), де п – кількість років дитині	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички, фартух	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Дитину раннього віку покласти на спину з піднятими догори ногами. Підстелити клейонку з пелюшкою. Дитину старшого віку покласти на лівий бік на клейонку з пелюшкою, ноги зігнути в колінних і стегнових суглобах та підтягнути їх до живота.	Забезпечення комфортних умов дитини
5. Візьми гумовий балончик, витисни повітря, набери необхідну кількість рідини. Знову витисни повітря, натискаючи великим пальцем на дно гумового балончика. Змаж наконечник вазеліновою олією за допомогою пінцета і ватної кульки. Наконечник можна змочити, поливаючи його вазеліновою олією.	Забезпечення легкості введення наконечника в анальний отвір
6. Дитині, яка лежить на спині з піднятими догори ногами, лівою рукою розвести сідниці, а правою рукою вводити наконечник у пряму кишку на 4 – 5 см. Спочатку водити наконечник у напрямку до пупка, а потім змінити напрямок – уводити паралельно до куприка. Повільно стискати гумовий балончик, ввести рідину і, не розтискуючи пальців, вивести його з прямої кишки. Лівою рукою затиснути сідниці і притримати їх в такому положенні декілька хвилин.	Забезпечення правильності виконання процедури дитині раннього віку 
7.Перевірити герметичність кружки Есмарха і гумової трубки завдовжки 1,5 м, діаметром 1 см. На вільний кінець трубки надягнути наконечник завдовжки 8 – 10 см, який повинен мати рівні краї, бути цілим, простерилізованим . Закрити кран на кінці гумової трубки і заповнити кружку Есмарха підготовленою рідиною. Відкрити кран, спустити	Забезпечення правильності виконання процедури дитині старшого віку

рідину в лоток і заповнити гумову трубку водою, витискаючи повітря, після чого закрити кран.	
8. Наконечник змастити вазеліновою олією. Дитині, яка лежить на лівому боці з притиснутими до живота ногами на клейонці з пелюшкою, лівою рукою розвести сідниці, а правою рукою вводити наконечник у пряму кишку. Перші 3 – 4 см наконечника вводити в напрямку пупка, а потім 5 – 8 см паралельно до куприка. Підвісити кружку Есмарха на штатив на висоті 1 м від місця, де лежить хворий. Відкрити кран на кінці гумової трубки і стежити за тим, щоб вода під тиском надходила в пряму кишку. Швидкість введення води в кишку регулювати висотою положення кружки Есмарха. Вода не повинна вводитися швидко, бо це викликає акт дефекації. Залишити в кружці невелику кількість рідини, закрити кран, вивести наконечник з прямої кишки. Бажано, щоб дитина утримувала воду протягом 10 хвилин	Забезпечення легкості введення наконечника в анальний отвір  Забезпечення надходження в кишки тільки води, без повітря
9.Після акту дефекації підмий дитину, просуши шкіру, проведи профілактику попрілостей.	Забезпечення профілактики попрілостей
10.Пелюшку поклади в бак для відпрацьованих пелюшок. Знезаражу церату і фартух дезрозчином двічі з інтервалом 15 хвилин. Проведи дезінфекцію гумового балончика. Гумові рукавички занурити в дезрозчин .	Забезпечення інфекційної безпеки
11. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки
12.Зробити відмітку про виконання очисної клізми в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ВИКОНУВАТИ ЛІКУВАЛЬНУ КЛІЗМУ”

1.ПФ.С.20.ПП.Н.19.05

Оснащення: Стерильний лоток, стерильний шприц, тонкий шлунковий гумовий зонд (газовідвідна трубка), вазелінова олія, стерильний пінцет, ватні кульки, ємність з розчином лікарських препаратів температури 36*С, клейонка, пелюшка

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення. Кількість розчинів залежить від віку дитини і мети лікувальної клізми:	Забезпечення чіткості виконання процедури

Вік дитини	Місцева дія	Загальна дія
новонароджений	10 – 20 мл	2 - 3 мл
до 1 року	25 – 30 мл	5 мл
Після 1 року життя	30 – 50 мл	10 мл

Температура розчинів 36*С.

3. Вимити і висушити руки, одягнути гумові рукавички, фартух. Відрізати від тонкого шлункового зонда гумову трубочку завдовжки 20 – 25 см з закругленим кінцем (можна взяти газовідвідну трубку). Прокип'ятити цю гумову трубочку протягом 20 хвилин і покласти в стерильний лоток. У шприц набрати підігрітий розчин лікарських препаратів і теж покласти в лоток.	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Дитині надати положення як при очисній клізмі. Зробити очисну клізму і почекати 20 – 30 хвилин.	Забезпечення комфортних умов дитині. Забезпечення правильності проведення процедури.
5. Змастити кінець гумової трубочки (газовідвідної трубки) вазеліновою олією за допомогою пінцета і ватної кульки.	Забезпечення легкості введення наконечника в анальний отвір
6.Дитині, яка лежить на спині з припіднятими догори ногами, лівою рукою розвести сідниці, а правою рукою вводити обертовими рухами гумову трубочку (газовідвідну трубку) в пряму кишку на 10 – 15 см. Приєднати до гумової трубочки шприц з розчином поживних речовин . Повільно вводити розчин в пряму кишку, підняти гумову трубочку доверху, щоб увесь розчин потрапив у пряму кишку. Затиснути лівою рукою гумову трубочку біля сідниць, від'єднати шприц і вивести газовідвідну трубочку з прямої кишки.	Забезпечення правильності виконання процедури
7. Затиснути сідниці і притримати їх у такому положенні 30 хвилин, матері слід поносити дитину на руках. За 30 хвилин введений теплий розчин всмоктується і досягається лікувальний ефект.	Забезпечення досягнення лікувального ефекту – загальної і місцевої дії
8.Пелюшку поклади в бак для відпрацьованих пелюшок. Знезаражу церату і фартух 3% розчином хлораміну двічі з інтервалом 15 хвилин. Проведи дезінфекцію гумового балончика. Гумові рукавички занурити в 3% розчин хлораміну.	Забезпечення інфекційної безпеки
9. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки
10.Зробити відмітку про виконання лікувальної клізми в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
" ВИКОНУВАТИ ЖИВИЛЬНУ КЛІЗМУ"

Оснащення: Стерильний лоток, стерильний шприц, тонкий шлунковий гумовий зонд (газовідвідна трубка), вазелінова олія, стерильний пінцет, ватні кульки, ємність з розчином поживних речовин температури 36*С, клейонка, пелюшка

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ

1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Покласти дитину як для очисної клізми, зробити очисну клізму. Почекати 30 – 40 хвилини після випорожнення.	Забезпечення правильності виконання процедури
4. Дитину раннього віку покласти на спину з піднятими догори ногами. Підстелити клейонку з пелюшкою. Дитину старшого віку покласти на лівий бік на клейонку з пелюшкою, ноги зігнути в колінних і стегнових суглобах та підтягнути їх до живота.	Забезпечення комфортних умов дитини
5. Змастити кінець газовідвідної трубки вазеліновою олією за допомогою пінцета і ватної кульки.	Забезпечення легкості введення наконечника в анальний отвір
7.Дитині, яка лежить на спині з припіднятими догори ногами, лівою рукою розвести сідниці, а правою рукою вводити обертовими рухами газовідвідну трубку в пряму кишку на 10 – 15 см. Приєднати до газовідвідної трубки шприц з розчином Жане або гумовий балончик з поживними речовинами.	Якщо треба ввести більше 200 мл поживних речовин, то користуються системою для крапельної клізми.
9. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки
10.Зробити відмітку про виконання живильної клізми в температурному листку.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
“ ВИКОНУВАТИ ЕМУЛЬСІЙНУ КЛІЗМУ”

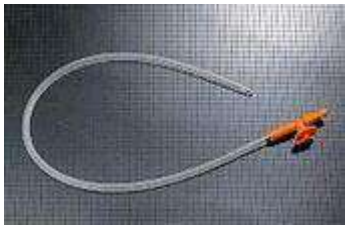
Оснащення: Гумовий балончик з м’яким наконечником, ємність з водою, клейонка, пелюшка, клейончастий фартух, лоток, вазелінова олія, стерильний пінцет, ватні кульки.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення. Візьміть 1 столову ложку ромашки, залийте однією склянкою крутого кип’ятку, дайте настоятися 15 – 20 хвилин і потім процідіть. До настою ромашки додайте жовток одного яйця, 1 чайну ложку натрію гідрокарбонату і 2 столові ложки вазелінової олії або гліцерину. Суміш наберіть у гумовий балон .	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички, фартух	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Дитину раннього віку покласти на спину з піднятими догори ногами. Підстелити клейонку з пелюшкою. Дитину старшого віку покласти на лівий бік на клейонку з пелюшкою, ноги зігнути в колінних і стегнових суглобах та підтягнути їх до живота.	Забезпечення комфортних умов дитини
5. Змаж наконечник гумового балончика вазеліновою олією за допомогою пінцета і ватної кульки. Наконечник	Забезпечення легкості введення наконечника в анальний отвір

можна змочити, поливаючи його вазеліновою олією.	
6. Дитині, яка лежить на спині з піднятими догори ногами, лівою рукою розвести сідниці, а правою рукою вводити наконечник гумового балончика у пряму кишку на 5 – 8 см. Повільно стискати гумовий балончик, ввести рідину і, не розтискуючи пальців, вивести його з анального отвору.	Забезпечення правильності виконання процедури дитині раннього віку
7. Бажано , щоб дитина утримувала суміш протягом 5 хвилин.	Досягається обволікаючий ефект.
8. Випорожнення кишечнику настане через 15 – 20 хвилин.	Забезпечення досягнення мети проведеної процедури.
9.Після акту дефекації підмий дитину, просуши шкіру, проведи профілактику попрілостей.	Забезпечення профілактики попрілостей
10.Пелюшку поклади в бак для відпрацьованих пелюшок. Знезаражу церату і фартух 3% розчином хлораміну двічі з інтервалом 15 хвилин. Проведи дезінфекцію гумового балончика. Гумові рукавички занурити в 3% розчин хлораміну.	Забезпечення інфекційної безпеки
11. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки
12.Зробити відмітку про виконання емульсійної клізми в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
ПРОВОДИТИ КАТЕТЕРИЗАЦІЮ СЕЧОВОГО МІХУРА М’ЯКИМ КАТЕТЕРОМ

Оснащення: стерильний гумовий катетер, рукавички – 2 пари (стерильні та нестерильні), стерильні серветки (середні – 4 штуки, малі – 2 штуки), пінцети стерильні – 2шт., клейонка, пелюшка, стерильна вазелінова олія, шприц із 10 мл ізотонічного розчину, антисептичний розчин (розчин фурациліну 1:5000, розчин калію перманганату 1:10000), посудина для збирання сечі, корнцанг, ниркоподібний лоток, судно, сечоприймач, спирт етиловий 70%.

Етапи	Обґрунтування
1. Пояснити пацієнту сутність і хід майбутньої процедури та отримати його згоду на проведення процедури.	Заохочення пацієнта до співпраці. Дотримується право пацієнта на інформацію.
2.Вимити та висушити руки, підготувати необхідне оснащення. 	Забезпечується інфекційна безпека.
3. *Рефлекторний виклик акту сечовиділення.*	

Залишить пацієнта одного в палаті, відкрийте кран і пустіть воду. Змініть, якщо це можливо положення пацієнта. Хлопчика поставте, дівчинку посадіть на тепле судно. У разі відсутності протипоказань покладіть грілку на низ живота або на промежину. Полийте теплу воду (40—42 °С) на зовнішні статеві органи. За призначенням лікаря введіть підшкірно 1 мл 0,05% розчину прозерину або 1 мл 0,2% розчину платифіліну.	Забезпечується рефлекторний виклик сечовипускання.
4. *Катетеризація сечового міхура дівчинки.* Вимити та висушити руки. Запропонувати дитині лягти на спину із зігнутими в колінах і розведеними в боки ногами. Підстелити під таз клейонку. Підставити судно. Здійснити туалет зовнішніх статевих органів. За допомогою двох серветок або тампонів розвести статеві губи, визначити місце знаходження зовнішнього отвору сечівника. Пінцетом захватити стерильний ватний тампон, змочений розчином фурациліну (1:5000) або іншим не подразнюючим септичним розчином і продезінфікувати зовнішній отвір сечівника. Надягнути стерильні гумові рукавички. Стерильним пінцетом взяти стерильний катетер, завчасно змащений стерильним гліцерином, на відстані 4—5 см від сліпого кінця. Зовнішній кінець катетера зафіксувати між IV і V пальцями правої руки. I і II пальцями лівої руки розвести великі та малі статеві губи. Увести обережно, без зусиль, катетер у сечовід на 5-7 см, зовнішній кінець катетера опустіть у сечоприймач. Поява сечі свідчить про те, що катетер знаходиться в сечовому міхурі. Після зупинки самостійного виділення сечі з катетера злегка натиснути над лобком, видалити із сечового міхура залишки сечі й витягнути катетер. Якщо катетеризацію здійснюють щоденно й постійно, то після виділення сечі для профілактики циститу в сечовий міхур через катетер за допомогою шприца ввести 10 мл теплого розчину фурациліну (1:5000) і одразу ж витягнути катетер.	Забезпечується інфекційна безпека. Забезпечується зручне положення. Забезпечується ефективність проведення процедури.
5. Катетеризація сечового міхура хлопчика. Вимите руки двічі під проточною водою з милом і висушити рушником. Запропонувати дитині лягти на спину із зігнутими в колінах і розведеними в боки ногами. Підстелити під таз клейонку. Між ногами поставити сечоприймач. Статевий член обгорнути нижче від головки серветкою. Продезінфікувати головку статевого члена стерильною серветкою, змоченою розчином фурациліну (1:5000). Змастити стерильний гумовий катетер стерильним гліцерином. Надягнути стерильні гумові рукавички. Правою рукою пінцетом взяти катетер на відстані 5 см від сліпого кінця, зовнішній кінець зафіксувати між IV та V пальцями. I і II пальцями лівої руки здавити головку статевого члена, щоб розкрити зовнішній отвір сечівника. Увести катетер у зовнішній отвір сечоводу і, поступово перехвачуючи катетер, провести його по каналу глибше, а статевий член лівою рукою нібито підтягнути вверх. Якщо при введенні катетера виникла перепона, заспокойте пацієнта, порекомендуйте розслабитись і глибоко подихати, а потім продовжити уведення катетера. Як тільки катетер увійде в сечовий міхур, з'явиться сеча. Після виділення сечі злегка натиснути над лобком. Витягнути катетер і одночасно залишками сечі промити сечовід. Металевий катетер чоловікові може ввести лише лікар-уролог або лікар, підготовлений до виконання цієї процедури.	Забезпечується інфекційна безпека. Забезпечується зручне положення. Забезпечується ефективність проведення процедури.
6. Серветки викинути в мішок для сміття. Продезінфікувати всі	

використані інструменти.	Забезпечується інфекційна безпека.
7. Зняти рукавички, вимити та висушити руки.	Забезпечується інфекційна безпека.
8. Зробити запис про виконану процедуру та реакцію на неї пацієнта в відповідну документацію.	Забезпечується послідовність догляду.

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
"ВИЗНАЧАТИ ДОБОВИЙ ДІУРЕЗ"

Оснащення: Ємність для збирання сечі , горщик, температурний лист

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз 'яснити матері мету і хід процедури, попередь, що дослідження проводять протягом доби	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Першу порцію сечі після ночі злий і не враховуй	Ця порція сечі з попереднього дня
5. Усі наступні порції сечі збирають у приготовлену ємність (банку). Останній раз дитина мочиться в банку о 6.00 ранку наступного дня. Збирай сечу в горщик. Зливай в склянку для зберігання сечі.	Зберігай ємність з сечею в темному, прохолодному місці. Для зберігання сечі можна використовувати консервант: 1,8 г борної кислоти на кожні 100 мл сечі або толуол.
6. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
7. Визнач об'єм виділеної сечі і запиши дані у температурний лист (графа діурез)	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

"ВИЗНАЧАТИ ВОДНИЙ БАЛАНС"

1.ПФ.Д.07.ПР.Р.05.14

Оснащення: Температурний лист, листки годувань та призначень, ємність для збирання сечі

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз 'яснити матері мету і хід процедури, пояснити, що процедуру проводять протягом доби	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.На аркуші паперу познач прізвище, ім'я дитини, вік, відділення, дату, діагноз	Забезпечення правильності інформації

4. Записуй кожну порцію випитої рідини протягом доби на аркуші (з 6.00 ранку однієї доби до 6.00 ранку наступної доби). Першу порцію сечі в 6.00 не збирай.	Забезпечення передачі інформації
5. Збирай кожну порцію сечі в градуйовану ємність. Вимірюй кількість сечі в кожній порції.	Вимірювання добового діурезу
6.Протягом доби фіксуйте кількість введених парентерально розчинів	Вимірювання рідини, яка надходить в організм дитини парентерально
7. Овочі та фрукти вважаються продуктами, які на 100% складаються з води, тому кількість рідини дорівнює їх масі. Перші страви на 70 – 80% складаються з води.	Вимірювання рідини, яка надходить в організм дитини з їжею та питвом
8. Запиши, підрахуй добову кількість сечі та кількість випитої за добу рідини	
9. В умовах стаціонару зроби відмітку про добову кількість сечі та кількість випитої за добу рідини в температурному листку.	Забезпечення передачі інформації
10.Добовий діурез повинен складати не менше як 70 – 80% від усієї отриманої хворим за добу рідини	Оцінювання отриманого результату
11.Якщо дитина протягом доби виділяє сечі набагато менше, ніж вживає рідини – це називається від'ємний діурез.	Частина рідини затримується в організмі, збільшуються набряки й накопичується рідина в порожнинах
12.Якщо дитина протягом доби виділяє сечі більше, ніж кількість випитої і введеної рідини - це позитивний діурез.	Спостерігається у хворих з недостатністю кровообігу в період сходження набряків під час приймання сечогінних препаратів

КАРТКА ВОДНОГО БАЛАНСУ

Дата	Кількість випитої рідини	Кількість уведеної рідини в/в	Кількість виділеної сечі за 24 год.	Водний баланс	Коментарі	Підпис медсестри
4.12.	100 мл 200 мл 230 мл 150 мл 50 мл	500 мл 500 мл	220 мл 230 мл 180 мл 200 мл 180 мл 280 мл			
усього	730 мл	1000 мл	1290 мл	74,5%		

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

" НАКЛАДАТИ ГІРЧИЧНИКИ ТА ГІРЧИЧНИКИ - ПАКЕТИ"

1.ПФ.С.21.ПП.Н.01.05

Оснащення: Гірчичники, лоток з водою (температура води 40 – 45*С), серветки, ковдра, пелюшка.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз 'яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2. Підготувати все необхідне. Поклади дитину на живіт, оглянути шкіру спини, грудної клітки. Перевірити гірчичники, врахувати термін їх зберігання.	Забезпечення чіткості виконання процедури Забезпечення комфортних умов дитині.
3. Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки

4.На спину дитині накласти один шар марлевої серветки або широкого бинта. Змочити гірчичник в підготовленій теплій воді і накласти на шар бинта гірчицею вниз, таким же чином накласти останні гірчичники. Перевернути дитину на спину, покласти гірчичники на передню поверхню грудної клітки. Забороняється накладати гірчичники на хребет, лопатки, ділянку серця.	Забезпечення правильності накладання гірчичників.
5.Відразу ж накрити накладені гірчичники підготовленою теплою пелюшкою, що складена в декілька шарів. Вкрити дитину ковдрою. Зняти гірчичники через 5 – 10 хв., коли з'явиться гіперемія шкіри	Визначення тривалості проведення процедури
6.Залишки гірчиці витри серветкою, змоченою в теплій воді, просуши шкіру пелюшкою і змасти дитячим кремом. Прикрий дитину ковдрою.	Забезпечення зберігання тепла після проведеної процедури
7. У разі використання гірчичників – пакетів так само змочити їх у теплій воді (температура 40 – 42*С), покласти на визначені ділянки спини, передньої поверхні грудної клітки цигарковим папером донизу. Гірчичники можна розрізати на частки, враховуючи вік дитини. Вкрити дитину пелюшкою , потім ковдрою. Через 3 – 5 хвилин зняти гірчичники – пакети, змастити шкіру дитячим кремом. Прикрий дитину ковдрою.	Застосування гірчичників – пакетів
8. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки
9.Зробити відмітку про проведення процедури в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

"ПРОВОДИТИ ГІРЧИЧНЕ ОБГОРТАННЯ"

1.ПФ.С.21.ПП.Н.02.05

Оснащення: Бавовняна пелюшка, ковдра, суха гірчиця, 1 літр води температурою 40* С, серветки

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз 'яснити матері мету і хід процедури, отримати згоду матері	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Приготуй розчин гірчиці температурою 40 * С, серветки	На 1 літр води додай 2 – 3 столових ложки сухої гірчиці

4. Роздягни дитину, поклади у ліжко	Забезпечення комфортних умов для дитини
5. Змочи бавовняну пелюшку у підготовленому розчині гірчиці. Відіжми її. Загорни дитину цією пелюшкою. Вкрий ковдрою.	Не накладай пелюшку на ділянку серця
6. Через 7 – 10 хвилин розкрий дитину, зніми пелюшку.	Забезпечення профілактиці опіку шкіри
7. Зніми залишки гірчиці вологою серветкою. Просуши шкіру. Змаж вазеліном. Одягни дитину	Забезпечення комфортних умов для дитини
8. Зроби відмітку про проведене гірчичне обгортання в листку призначень	Забезпечення передачі інформації

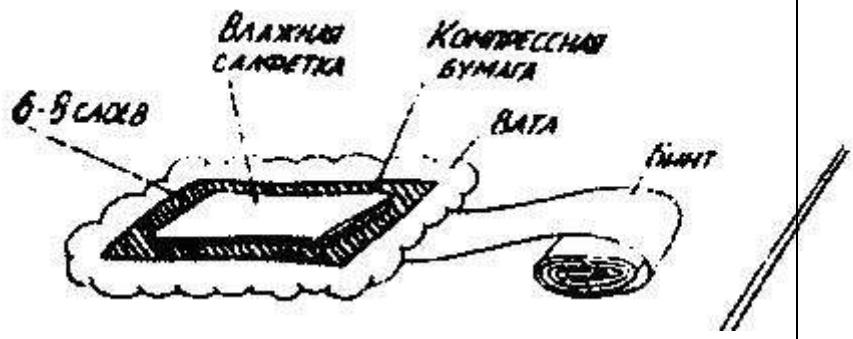
АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ НАКЛАДАТИ ЗІГРІВАЛЬНИЙ КОМПРЕС”

1.ПФ.С.21.ПП.Н.11.03

Оснащення: 70% спирт , лоток, марлева серветка, шар вати, бинт, вощаний папір .

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ

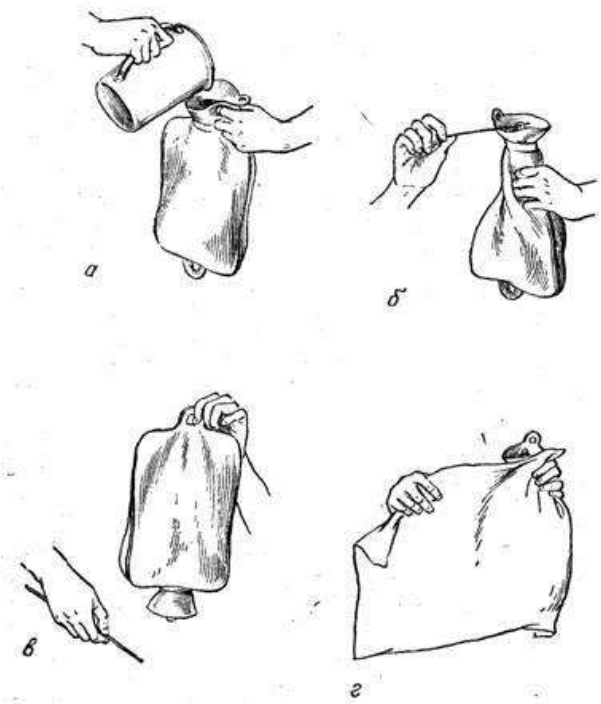
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2. Підготувати все необхідне. Дитину покласти на здоровий бік чи на спину, повернути голову чи посадити.	Забезпечення чіткості виконання процедури Забезпечення комфортних умов дитині.
3. Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
4.Підготувати 20 % спиртовий розчин для дітей 1 – го року життя, 30% спиртовий розчин для дітей дошкільного віку, 40% спиртовий розчин для дітей шкільного віку, тобто розвести 70% спирт у співвідношенні 1 : 3, 1 : 2, 1 : 1 гарячою водою, щоб розчин у лотку був температури 40*С.	Забезпечення правильного розведення спирту
5. Марлеву серветку скласти у 6 – 8 шарів, змочити в спиртовому розчині (відповідно віку дитини). Віджати серветку і покласти на шкіру відповідної ділянки.	
6. Відразу ж зверху покласти вощаний папір, а потім шар вати таким чином, щоб кожен наступний шар перекривав попередній на 2 см. 1 шар – лікувальний, 2 шар – ізолюючий, 3 шар – зігріваючий, 4 шар – фіксуючий. Зафіксувати компрес широким бинтом. 	Визначення послідовності шарів
7. Компрес поставити на 4 – 6 год. Через 2 години перевірити, чи правильно накладено компрес. Якщо під усі шари підвести палець і відчувається тепло, серветка волога і тепла – компрес накладений правильно	Визначення правильності накладення компресу
8. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки
9.Зробити відмітку про накладання зігрівального компресу в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ЗАСТОСОВУВАТИ ГРІЛКУ

1.ПФ.С.21.ПП.Н.07.03

Оснащення: 3 гумових грілки ,3 пелюшки, гаряча вода 60 – 70*С, ковдра, дезрозчин , серветки

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз'яснити матері мету і хід проведення процедури	Забезпечення правильного щоденного догляду за дитиною
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Заповнити грілку гарячею водою до ½ або 2/3 її об'єму.	Сухе тепло посилює кровообіг, сприяє зігріванню
4. Витиснути повітря з грілки, притиснувши її до краю стола, щільно закрити корком	Забезпечення безпеки пацієнта
5.Переверни грілку, перевір на герметичність її	Попередження опіків шкіри
6.Таким самим способом приготувати ще 2 грілки. 	
7.Загорнути грілку в пелюшку, складену в 4 шари	Попередження місцевого перегрівання , опіка шкіри
8.Покласти грілки на відстані долоні від дитини, загорнутого в пелюшки:	Забезпечення рівномірного зігрівання тіла дитини
9. Прикрий дитину ковдрою (температура повітря під ковдрою повинна бути 28 – 30*С)	Створення «теплової зони»
10.Змінювати воду в грілках під час її вистигання обов'язково по черзі	Попередження різкого перепаду температури навколишнього середовища дитини
11. Вилити з грілок воду. Обробити їх зовнішню поверхню дезінфікуючим дезрозчином двічі з інтервалом в 15 хвилин. Промий водою, висуши або витри насухо серветкою. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ЗАСТОСОВУВАТИ МІХУР З ЛЬОДОМ

1.ПФ.С.21.ПП.Н.08.04

Оснащення: Гумовий міхур з широким отвором, шматочки льоду, пелюшка, дезрозчин , серветка, годинник

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Роз'яснити матері (дитині) мету і хід процедури, отримати їх згоду	Забезпечення права на інформацію, участь в процедурі
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
4.Поклади кусковий льод в пелюшку, розбий його на дрібні шматки (розміром 1 – 2 см)	Льод невеликими шматками більш равномірно розподіляється в міхурі
5.Наклади до половини об'єму невеликі шматочки льоду. Витисни з міхура повітря, натиснувши рукою на міхур, розташований на твердій поверхні.	Забезпечення вільного простіру для води, що утворюється під час таяння льоду
6.Щільно закрий міхур, переверни міхур корком вниз	Забезпечення і перевірка герметичності
7.Поклади міхур з льодом на середину пелюшки, зав'яжи пелюшку	Профілактика обмороження шкіри
8. Підвісь пелюшку з міхуром на відстані 5 – 10 см над головою дитини. Перевір відстань між міхуром і головою дитини (ребро долоні повинно вільно проходити між ними)	Попередження місцевого обмороження
9. Міхур з льодом або флакони з льодом прикласти на ділянку крупних судин, попередньо прикривши їх пелюшкою (пахвинні ділянки, пахові складки, підколінні ямки)	Покращення тепловіддачі Попередження місцевого обмороження
10.Зафіксувати час. Тривалість процедури не більше 20 -–30 хвилин. При необхідності її повторення перерва повинна складати не менше 10 – 15 хвилин. Під час таяння льоду зливати воду з міхура і підкладати в нього нові шматочки льоду, міняти флакони	Виключення вірогідності виникнення патологічних станів, пов'язаних з тривалим місцевим спазмом судин
11.Через 20 – 30 хвилин убрати міхур і флакони і перемірити температуру тіла дитині	Визначення ефективності проведення процедури. Якщо заходи ефективні, температура повинна знизитися на 0,2 – 0,3 * С
12.Провести корекцію заходів , враховуючи данні повторної термометрії	При зниженні температури через 20 – 30 хвилин на 0,2 – 0,3 *С проведені заходи припиняють, при відсутності позитивної динаміки або при підвищенні температури необхідно перейти на наступний етап гіпотермії
13.Після використання звільни міхур від льоду. Продезінфікуй міхур дезрозчином двічі з інтервалом 15 хвилин. Промий водою, висуши або витри насухо серветкою. Вимий і висуши руки	Забезпечення інфекційної безпеки

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
"ВОЛОДІТИ ТЕХНІКОЮ ПРОВЕДЕННЯ ІНГАЛЯЦІЙ "

Оснащення:

Паровий інгалятор, **протинабрякова суміш** : **1 мл 5 % розчину ефедрину гідрохлориду, 1 мл 0,1 % розчину адреналіну гідрохлориду, 0,3 мл 0, 1% розчину атропіну сульфату, 1 мл 2% розчину супрастину, 1 мл 2,5% розчину піпольфену, 25 мг гідрокортизону, 2 мг хімотрипсину в 1 мл розчину, ізотонічного розчину натрію хлориду до 15 мл.** Розчин відвару відхаркуючих трав: ромашки, мати – й мачухи, безсмертника, евкаліпта, подорожника, первоцвіту, фіалки, квіток липи. Склянка з содою, склянка з кип'яченою водою.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками.
2. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки
3. В теплому світлому приміщенні посадити дитину на руки матері перед паровим інгалятором. Інгаляцію протинабряковою сумішшю можна проводити з парового інгалятора або через прилад Махольда дітям старшого віку.	Створення комфортних умов для дитини.
Застосування парового інгалятора	
1. Відвари трав з 1 чайною ложкою соди або лікарські препарати у вигляді протинабрякової суміші залити в склянку, яка розташовується на бічному штативі інгалятора.	Забезпечується подавання певного розчину в організм дитини.
2. Склянку закрити кришкою з отвором. Відкрити кришку інгалятора і металевого внутрішнього стаканчика. Наповнити металевий стаканчик водою до мітки і закрити його кришкою. Насадити один кінець поліетиленової трубки на штир металевого стаканчика, другий кінець – пропустити через отвір в кришці бічної склянки з ліками.	Підготування апарата до роботи. Завдяки цьому ліки змішуються з парами води.
3. Закрити кришку інгалятора і насадити трубки для отримання і виділення пару з ліками. Включити інгалятор, чекати виділення пару.	Перевірити готовність інгалятора до роботи.
4. Дитина дихає паром, проводити інгаляцію до 10 хвилин. При гострому стенозуючому ларингіті проводити інгаляцію 4 – 8 разів на добу.	Забезпечується певна тривалість процедури.
Застосування препаратів інгаляційним способом через прилад Махольда	
1. Влити в лійкоподібний кінець трубки приладу Махольда 2 мл препаратів протинабрякової суміші. Покласти нижню частину приладу в кружку з теплою водою.	Підготування апарата до роботи.
2. Хворому взяти в рот трубку приладу і зробити вдих ротом, втягуючи повітря через прилад. Видихати повітря треба носом в бік.	Забезпечується подавання певного розчину в організм дитини
3. Проводити інгаляцію до 5 хвилин. Прилад після використання промити і продезинфікувати 70* спиртом.	Забезпечується певна тривалість процедури.
4. Одягнути дитину, покласти в ліжко.	Створення комфортних умов дитині.
5. Зняти рукавички, вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки.
6. Записати про проведену процедуру в лист призначень .	Забезпечення передачі інформації.

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
"ЗАСТОСОВУВАТИ МАЗІ "

Оснащення: Сповивальний столик, пелюшки, стерильні ватні кульки, пінцети, марлеві серветки, в склянках відвари дубильних трав (кори дуба, кропиви, материнки), антисептичні розчини (1 % резорцин, рідина Кастеллані), мазь з лікарськими травами, мазь із березового дьогтю, іхтіоло – цинко – нафталанова мазь, паста Лассара.

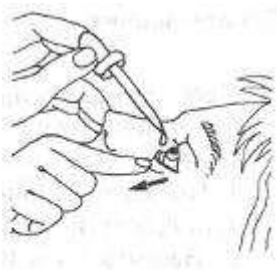
ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками.
2. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
3. В теплому світлому приміщенні роздягнути дитину і покласти її на сповивальний столик.	Створення комфортних умов для дитини.
4. На уражені ділянки шкіри при загостренні алергічного діатезу (мокнуття, свербіж, попрілості, загроза інфікування) накласти примочки з відвару дубильних трав: кори дуба, кропиви, материнки.	Забезпечується дубильний ефект відварів.
5. Примочки накладати декілька разів, кожні 15 – 20 хвилин їх змінювати, до зменшення гіперемії.	Забезпечується покращення стану дитини.
6. Після цього уражені ділянки просушити і обробити 1 % розчином резорцину, фукорцину, рідиною Кастеллані, індиферентними сумішами з тальком, цинком.	Забезпечується підсушувальний ефект.
7. У разі зменшення запального процесу слід переходити на мазі з лікарських трав.	Мазі містять седативні, пом'якшувальні, протизапальні, антибактеріальні, вітамінні компоненти.
8. Мазі накладати на уражені ділянки шкіри ватним тампоном. На обличчя дитини можна накладати маску з марлі, яка просікається маззю.	Маска має отвори для очей, носа, рота.
9. Мокнуття, свербіж зменшує збір із коренів оману, солодки, листків і квіток кропиви, листків м'яти. У разі сухості шкіри можна застосовувати збір подорожника, листків та квіток материнки. До складу мазі входять анестезин, димедрол.	Склад зборів лікарських трав, які входять до складу мазі, слід підбирати від характеру шкірних проявів.
10. При загрозі інфікування перевагу треба надати зборові з ромашки, нагідок, чистотілу, шавлії, кропиви, материнки, оману. Ефективні мазь із березового дьогтю, іхтіоло – цінко - нафталанова мазь, паста Лассара.	Забезпечується протизапальний ефект.
11. Тільки за призначенням лікаря можливе використання гормональних мазей.	Запобігання гормональної залежності.
10. Одягнути дитину, покласти в ліжко.	Створення комфортних умов для дитини.
11. Зняти рукавички, вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки.
12. Записати про проведену процедуру в лист призначень .	Забезпечення передачі інформації.

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
"ЗАКАПУВАТИ КРАПЛІ У : НІС, ВУХА, ОЧІ"

1.ПФ.С.22.ПП.Н.09.07

Оснащення: Лікарські препарати, піпетки, ватні турунди, стерильні ватні кульки

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ

1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Надай дитині комфортне положення (в залежності від віку).Проведи туалет носа. Набери краплі в піпетку. Нахили голову дитини назад і в бік носового ходу, в який потрібно закапати краплі. Лівою долонею зафіксуй голову, великим пальцем тієї самої руки підніми кінчик носа. Не торкайся піпеткою носа . Закапай декілька крапель лікарського препарату в носовий хід таким чином, щоб він потрапив на слизову оболонку зовнішньої стінки носа. Через 1 – 2 хвилини повтори закапування крапель в інший носовий хід за тими ж правилами. В умовах стаціонару зроби відмітку в листку призначень.	Закапування крапель у ніс
5. Надай дитині комфортне положення (в залежності від віку). Проведи туалет вух. Підігрій краплі до температури 36 – 37*С. Поверни голову набік (при закапуванні у праве вухо – на лівий бік, у ліве вухо – на правий бік). Лівою рукою відтягнути вушну раковину назад і вгору, а правою – випустити 2 –3 краплі у зовнішній слуховий прохід. Легко натисни на завиток , щоб краплі потрапили в середнє вухо. В такому положенні дитина знаходиться 15 – 20 хвилин. Повтори закапування крапель в друге вухо за тими ж правилами. В умовах стаціонару зроби відмітку в листку призначень.	Закапування крапель у вухо
6. Надай дитині комфортне положення (в залежності від віку). Проведи туалет очей. Набери ліки в піпетку, за допомогою ватних кульок відкрий очну щілину (дітям старшого віку відтягни нижнє віко).Закапай 1 – 2 краплі лікарського препарату в кожне око. Просуши залишки крапель стерильними ватними кульками. Повтори закапування крапель в друге око за тими ж правилами. В умовах стаціонару зроби відмітку в листку призначень.	Закапування крапель в очі  **Рис. 6-7.** Закапывание глазных капель.
7. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки .	Забезпечення інфекційної безпеки

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ПРОВОДИТИ ВНУТРІШНЬОШКІРНІ ІН’ЄКЦІЇ”

1.ПФ.С.22.ПП.Н.21.02

Оснащення: Гумові рукавички, шприци та голки одноразового використання, стерильний пінцет , препарати в ампулах , спирт 70%, лотки – для стерильних та використаних матеріалів, ватні кульки, склянка з дезрозчином (0,2% розчин дезактину) для використаного матеріалу.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури. Провести психологічну підготовку дитини.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками. Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Прочитати надпис на упаковці та ампулі (назву, дозу, термін гідності), звірити з листком призначень лікаря.	Виключення помилкового введення препаратів, введення препаратів з просроченим строком гідності
4. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
5. Відкрити упаковку шприца (викинути в лоток). Надягнути на нього голку з ковпачком, зафіксувати голку на шприці. Зібраний шприц помістити в стерильний лоток.	Забезпечення інфекційної безпеки Попередження падіння голки під час роботи
6. Протерти шийку ампули з розчинником ватною кулькою зі спиртом, надрізати наждачним диском. Накрити стерильною серветкою і надломити (ватну кульку, серветку викинути в лоток).	Забезпечення профілактики інфікування під час ін’єкції Профілактика травмування рук
7. Взяти ампулу з розчином між 2 та 3 пальцями лівої руки, перегорнути дном догори і набрати в шприц необхідну кількість розчину.	Забезпечення правильності дозування лікарського препарату.
8. Випустити повітря з шприца і голки (одночасно перевірити прохідність голки), притримуючи канюлю голки першим і другим пальцями лівої руки, покласти шприц в стерильний лоток.	Забезпечення попередження виникнення можливого ускладнення
9. Надати дитині зручного положення (сидячи або лежачи в ліжку). Максимально розігнути руку, внутрішньою поверхнею догори. Протерти шкіру внутрішньої середньої третини передпліччя двічі ватними кульками змоченими 70% етиловим спиртом.	Забезпечення правильного вибору і оброблення місця ін’єкції
10. Обхопити лівою рукою передпліччя дитини знизу і натягнути шкіру. Взяти шприц правою рукою так, щоб 2 палець притримував канюлю голки, решта пальців утримувала циліндр шприца, зріз голки направити догори. Майже паралельно до шкіри ввести голку внутрішньошкірно до зникнення зрізу голки. Натиснути 1 пальцем лівої руки на поршень шприца і ввести 0,1 – 0,2 мл лікарського препарату. На місці введення утворюється папула «лимонна кірочка». Вийняти голку швидким рухом, у разі потреби промокнути стерильною ватною кулькою, не натискаючи на місце введення.	Забезпечення правильності методики внутрішньошкірного введення ліків.
11. Відпрацьовані кульки, шприц з голкою занурити в дезрозчин. Зняти рукавички, занурити в дезрозчин. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки
12. Дитину віддати матері, записати про виконану процедуру в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ПРОВОДИТИ ПРОБИ НА ЧУТЛИВІСТЬ ДО ФАРМАКОЛОГІЧНИХ ЗАСОБІВ

1.ПФ.С.22.ПП.Н.22.02

Оснащення: Гумові рукавички, шприци та голки одноразового використання, пінцет в потрійному розчині, флакон з антибіотиком, спирт 70%, флакон з ізотонічним розчином натрію хлориду , порожній флакон.

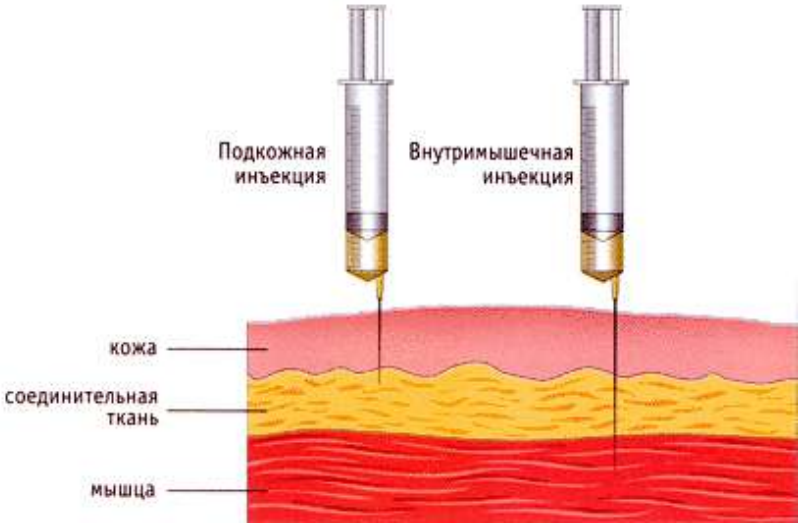
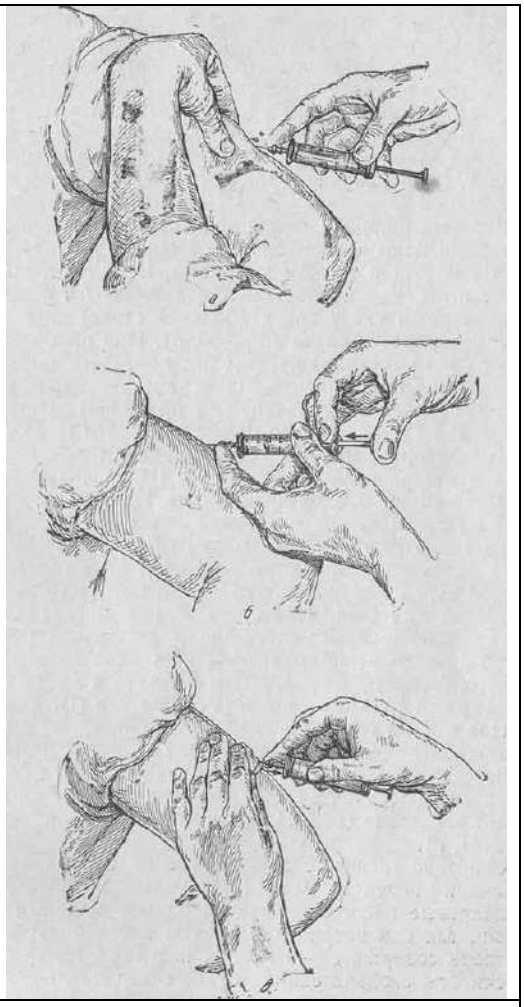
ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками. Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
3. Підготувати все необхідне. Розвести антибіотик для постановки діагностичної проби на індивідуальну чутливість організму до препарату. (Розведення 1 : 1, у шприц взяти 0,1 мл розчину і добрати 0,9 мл ізотонічного розчину натрію хлориду). Ввести цей розчин у порожній флакон. Набрати в одноградовий шприц 0,2 мл приготовленого розчину антибіотика із флакона. Набрати в другий одноградовий шприц 0,2 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Покласти шприци з набраними розчинами на стерильний лоток. На цей лоток покласти ватні кульки, змочені у 70% спирті.	Забезпечення чіткості виконання процедури, правильного розведення антибіотика
4. Посадити на стілець дитину, звільнити дві руки до ліктьового суглоба від одягу. Руки повинні розміщуватися на столі в зручному розігнутому положенні	Забезпечення комфортних умов дитині
5. Намітити місце ін’єкції у середній третині внутрішньої поверхні передпліччя, де відсутні судини та сухожилля. Протерти місце ін’єкції спочатку однієї руки, а потім іншої стерильними ватними кульками, змоченими у 70% спирті.	Визначення місця ін’єкції
6. Внутрішньошкірно в одну руку ввести 0,1 мл з 1000 ОД антибіотика, розведеного ізотонічним розчином натрію хлориду. У другу руку ввести внутрішньо шкірно 0,1 мл ізотонічного розчину натрію хлориду для контролю.	Проведення проби на чутливість
7. Результат проби перевірити через 20 хв. При наявності гіперемії, набряку, свербежу реакція вважається позитивною. Це означає, що введення даного антибіотика хворому суворо протипоказане. Якщо змін на шкірі, крім сліду від проколу, немає, то реакція вважається негативною. Це означає, що введення даного антибіотика не протипоказане.	Оцінення результату проби
8. Вимити і висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
9.Зробити відмітку про проведення проби на чутливість до антибіотика в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ПРОВОДИТИ ПІДШКІРНІ ІН’ЄКЦІЇ” 1.ПФ.С.22.ПП.Н.23.03

Оснащення: Гумові рукавички, шприци та голки одноразового використання, стерильний пінцет , препарати в ампулах , спирт 70%, лотки – для стерильних та використаних матеріалів, ватні кульки, склянка з дезрозчином (0,2% розчин дезактину) для використаного матеріалу.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури. Провести психологічну підготовку дитини.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками. Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Прочитати надпис на упаковці та ампулі (назву, дозу, термін гідності), звірити з листком призначень лікаря.	Виключення помилкового введення препаратів, введення препаратів з просроченим строком гідності
4. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
5. Відкрити упаковку шприца (викинути в лоток). Надягнути на нього голку з ковпачком, зафіксувати голку на шприці. Зібраний шприц помістити в стерильний лоток.	Забезпечення інфекційної безпеки Попередження падіння голки під час роботи
6. Протерти шийку ампули з розчинником ватною кулькою зі спиртом, надрізати наждачним диском. Накрити стерильною серветкою і надломити (ватну кульку, серветку викинути в лоток).	Забезпечення профілактики інфікування під час ін’єкції Профілактика травмування рук
7. Взяти ампулу з розчином між 2 та 3 пальцями лівої руки, перегорнути дном догори і набрати в шприц необхідну кількість розчину.	Забезпечення правильності дозування лікарського препарату.
8. Випустити повітря з шприца і голки (одночасно перевірити прохідність голки), притримуючи канюлю голки першим і другим пальцями лівої руки, покласти шприц в стерильний лоток.	Забезпечення попередження виникнення можливого ускладнення
9. Визначити місце ін’єкції – зовнішня поверхня плеча (верхня третина), підлопаткова ділянка, передньозовнішня поверхня стегна, бічна поверхня черевної стінки.	Забезпечення правильного вибору і оброблення місця ін’єкції
10. Покласти дитину першого року життя боком на сповивальний столик і в такому положенні за допомогою помічника зафіксувати дитину. Дитину старшого віку посадити або покласти в зручному положенні.	Забезпечення безпеки дитини.
11. Протерти місце ін’єкції двічі ватними кульками змоченими 70% етиловим спиртом. Першою кулькою обробити широке поле, другою – місце введення голки, третю ватну кульку затиснути між 4 та 5 пальцями лівої руки. Взяти правою рукою шприц так, щоб 2 палець притримував канюлю голки, решта пальців утримувала циліндр шприца, зріз голки направити догори. Захопити великим і вказівними пальцями лівої руки шкіру з підшкірною основою в визначеній ділянці і відтягти уверх. Вколоти голку швидким рухом під кутом 45* в основу утвореного трикутника на глибину 1,5 см. Відпустити складку , відтягнути поршень до себе(пересвідчитись чи голка не потрапила до судини) і при відсутності при цьому крові в шприці, натискаючи поршень, повільно ввести медикаментозний засіб. Прикласти лівою рукою до місця ін’єкції ватну кульку і швидким рухом витягнути голку.	Забезпечення правильності методики підшкірного введення ліків.

	
12. Відпрацьовані кульки, шприц з голкою занурити в дезрозчин. Зняти рукавички, занурити в дезрозчин. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки
13. Дитину віддати матері, записати про виконану процедуру в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ВВОДИТИ ОЛІЙНІ РОЗЧИНИ”

1.ПФ.С.22.ПП.Н.25.02

Оснащення:

0,125 % олійний розчин вітаміну Д; 0, 0625 % олійний розчин вітаміну Д; 0,5% спиртовий розчин вітаміну Д, піпетка, медична документація.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на огляд дитини . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури, отримати згоду матері	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Вимити і висушити руки. 4. Обробити сповивальний столик дезінфікуючим розчином. 5. Покласти дитину на сповивальний столик на пелюшки для визначення ступеня рахіту після огляду , або не оглядаючи дитину - за даними історії розвитку дитини.	Забезпечення інфекційної безпеки Забезпечення проведення процедури
6. Визначити ступень рахіту у дитини.	1 ступень рахіту – легка

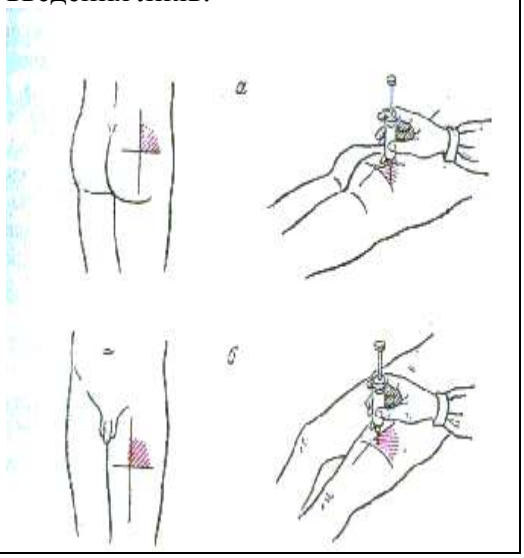
	2 ступень – середньої тяжкості 3 ступень – тяжка
7. Визначити добову дозу вітаміну Д 1 ступень рахіту – 2 000 МО 2 ступень – 4 000 МО 3 ступень - 5 000 МО	Згідно за наказом № 9 від 10.01. 2005 р. «Протокол лікування та профілактики рахіту у дітей»
8. Курсова доза вітаміну Д складає при рахіті: 1 ступень – 60 000 – 90 000 МО 2 ступень – 120 000 МО – 180 000 МО 3 ступень - 150 000 МО – 225 000 МО	Тривалість прийому вітаміну Д – 30 – 45 днів.
9. Кількість крапель на добу складає при рахіті: 1 ступень – 2 краплі 0,125 % олійного розчину вітаміну Д 2 ступень – 4 краплі 0,125 % олійного розчину вітаміну Д 3 ступень - 5 крапель 0,125 % олійного розчину вітаміну Д	1 крапля 0,125 % олійного розчину вітаміну Д містить 1 000 МО
10. Кількість крапель на добу складає при рахіті: 1 ступень – 4 краплі 0,0625 % олійного розчину вітаміну Д 2 ступень – 8 крапель 0,0625 % олійного розчину вітаміну Д 3 ступень – 10 крапель 0, 0625 % олійного розчину вітаміну Д	1 крапля 0, 0625 % олійного розчину вітаміну Д містить 500 МО
11. Кількість крапель на добу складає при рахіті: 1 ступень – 1-й, 3 –й день по 1 краплі 0,5 % спиртового розчину вітаміну Д, 2-й, 4-й, 5-й день – розчин не дають. 2 ступень – 4 дні по 1 краплі 0,5 % спиртового розчину вітаміну Д, на 5-й день – розчин не дають. 3 ступень – 1 крапля 0,5 % спиртового розчину вітаміну Д	1 крапля 0,5 % спиртового розчину вітаміну Д містить 5000 МО
11. Роз'яснити матері – як в подальшому проводити лікування рахіту. Зробити відмітку в історії розвитку дитини.	Забезпечення передачі інформації
12. Профілактику рахіту починають проводити доношеним здоровим дітям з 1 місяця життя.	Згідно за наказом № 9 від 10.01. 2005 р. «Протокол лікування та профілактики рахіту у дітей»
13. Добова доза вітаміну Д складає 500 МО. Курсова доза на рік – 180 000 МО.	Щоденно протягом 3 років за виключенням трьох літніх місяців.
14. Кількість крапель на добу складає : 0, 0625 % олійного розчину вітаміну Д - 1 крапля 0,125 % олійного розчину вітаміну Д - 1 крапля через день	1 крапля 0, 0625 % олійного розчину вітаміну Д містить 500 МО 1 крапля 0,125 % олійного розчину вітаміну Д містить 1 000 МО
11. Роз'яснити матері – як в подальшому проводити профілактику рахіту. Зробити відмітку в історії розвитку дитини.	Забезпечення передачі інформації
12. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки.

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

" ПРОВОДИТИ ВНУТРІШНЬОМ'ЯЗОВІ ІН'ЄКЦІЇ" 1.ПФ.С.22.ПП.Н.26.02

Оснащення: Гумові рукавички, шприци та голки одноразового використання, стерильний пінцет , препарати в ампулах – 50% розчин анальгіну, 2% розчин супрастину, спирт 70%, лотки – для

стерильних та використаних матеріалів, ватні кульки, склянка з дезрозчином (0,2% розчин дезактину) для використаного матеріалу.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури.Провести психологічну підготовку дитини.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками. Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Прочитати надпис на упаковці та ампулі (назву, дозу, термін гідності), звірити з листком призначень лікаря.	Виключення помилкового введення препаратів, введення препаратів з просроченим строком гідності
4. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
5. Відкрити упаковку шприца (викинути в лоток). Надягнути на нього голку з ковпачком, зафіксувати голку на шприці. Зібраний шприц помістити в стерильний лоток.	Забезпечення інфекційної безпеки Попередження падіння голки під час роботи
6. Протерти шийку ампули з розчинником ватною кулькою зі спиртом, надрізати наждачним диском. Накрити стерильною серветкою і надломити (ватну кульку, серветку викинути в лоток).	Забезпечення профілактики інфікування під час ін’єкції Профілактика травмування рук
7. Взяти ампулу з розчином між 2 та 3 пальцями лівої руки, перегорнути дном догори і набрати в шприц необхідну кількість розчину.	Забезпечення правильності дозування лікарського препарату.
8. Випустити повітря з шприца і голки (одночасно перевірити прохідність голки), притримуючи канюлю голки першим і другим пальцями лівої руки, покласти шприц в стерильний лоток.	Забезпечення попередження виникнення можливого ускладнення
9. Покласти дитину першого року життя на бік, а старшого віку на живіт і за допомогою помічника зафіксувати дитину в такому положенні.	Забезпечення правильного положення дитини
10. Намітити у зовнішньому верхньому квадранті сідниці місце ін’єкції, провести пальпацію цього місця. Протерти місце ін’єкції двічі ватними кульками змоченими 70% етиловим спиртом. Першою кулькою обробити широке поле, другою – місце введення голки, третю ватну кульку затиснути між 4 та 5 пальцями лівої руки.	Забезпечення правильного вибору і оброблення місця ін’єкції.
11. Взяти правою рукою шприц так, щоб 5 палець притримував муфту голки, 2 палець фіксував поршень, а решта утримувала циліндр шприца. Захопити у дитини першого року життя вказівним та великим пальцями лівої руки шкіру, підшкірну основу та м’яз на місці ін’єкції, у старших дітей – шкіру на місці ін’єкції розтягнути і зафіксувати між пальцями. Ввести голку швидким рухом під кутом 90* до поверхні шкіри на 2/3 її довжини. Обхопити вказівним і великим пальцями лівої руки обвід циліндра шприца, а першим пальцем надавити на поршень і повільно ввести ліки. Прикласти лівою рукою до місця ін’єкції ватну кульку і швидким рухом витягнути голку, місце ін’кції промасажувати 3 – 5 хвилин.	Забезпечення правильності методики внутрішньом’язового введення ліків. 

12. Відпрацьовані кульки, шприц з голкою занурити в дезрозчин. Зняти рукавички, занурити в дезрозчин. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки
13. Дитину віддати матері, записати про виконану процедуру в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

"РОЗВОДИТИ І РОЗРАХОВУВАТИ ДОЗИ АНТИБІОТИКІВ"

1.ПФ.С.22.ПП.Н.27.02

Оснащення: Гумові рукавички, флакон з антибіотиком, розчинник для антибіотика, разовий шприц з голками, 70% етиловий спирт, стерильний столик з ватними кульками, пінцетом, лоток для брудного матеріалу

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз 'яснити матері мету і хід процедури, отримати згоду матері	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Прочитати надпис на флаконі і розчиннику (назву, дозу, термін гідності)	Виключення помилкового введення препаратів, введення препаратів з просроченим строком гідності
Визначити необхідну кількість розчинника для відповідного розчинення антибіотика. Для визначення добової дози антибіотику з розрахунку 100 000 ОД на кг маси тіла треба знайти належну масу тіла дитини. НМ = 10 + 2 х п	Дітям раннього віку розводять антибіотики розчинником в співвідношенні 1: 1, тобто на кожні 100 000 ОД антибіотика береться 1 мл розчинника Дітям старшого віку антибіотики розводять в співвідношенні 2 : 1, тобто на кожні 100 000 ОД антибіотика береться 0,5 мл розчинника.
5.Визначити кількість готового розчину, який необхідно ввести дитині, щоб забезпечити введення йому необхідної дози .	При розведенні 1: 1 в 1 мл готового розчину завжди міститься 100 000 ОД антибіотика При розведенні 2 : 1 – в 1 мл готового розчину завжди міститься 200 000 ОД антибіотика. Доза антибіотику – 100 000 ОД на 1 кг маси на добу.
6. Вимити і висушити руки, надягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
7. Відкрити упаковку шприца (викинути в лоток). Надягнути на нього голку з ковпачком, зафіксувати голку на шприці. Зняти з голки ковпачок (викинути його в лоток) Зібраний шприц помістити на стерильний столик.	Забезпечення інфекційної безпеки Попередження падіння голки під час роботи
8. Ватною кулькою, змоченою етиловим	Забезпечення інфекційної безпеки

спиртом, обробити алюмінієву кришечку флакона з антибіотиком, відкрити її і знов обробити спиртом (ватну кульку викинути в лоток)	
9. Протерти шийку ампули з розчинником ватною кулькою зі спиртом, надрізати наждачним диском Накрити стерильною серветкою і надломити (ватну кульку, серветку викинути в лоток)	Забезпечення профілактики інфікування під час ін'єкції Профілактика травмування рук
10. Набрати в шприц розраховану кількість розчинника (порожню ампулу від розчинника викинути в лоток). Проколоти голкою гумовий корок флакону, ввести розчинник у флакон з сухим антибіотиком.	Забезпечення необхідного співвідношення розчинення (1: 1 або 2 : 1)
11. Зняти флакон з голкового конусу і струхнути його	Досягнення повного розчинення антибіотика
12.Надіти голку з флаконом на шприц. Підняти флакон дном догори і набрати в шприц необхідну кількість розчину	При розчиненні 1 : 1 – в 1 мл готового розчину міститься 100 000 ОД антибіотика, при розчиненні 2 : 1 – 200 000 ОД
13.Зняти флакон разом з голкою з конуса. Надягти і закріпити на шприці голку для ін'єкцій , зняти з неї ковпачок (викинути його в лоток)	Попередження падіння голки під час проведення ін'єкцій
14. Підняти шприц голкою догори, випустити через голку 1 – 2 краплі розчину. Покласти шприц на стерильний столик.	Витіснення повітря зі шприца і голки
15.Обробити верхнезовнішний квадрант сідниці 70 % етиловим спиртом (ватну кульку лишити в руці). Ввести антибіотик внутрішньом'язово	Знезаражування ін'єкційного поля
16. Витягнути голку. Обробити місце ін'єкції ватною кулькою, залишеною в руці після обробки ін'єкційного поля. Викинути ватну кульку і шприц в лоток. Зняти рукавички Вимити і висушити руки	Профілактика розвитку постін'єкційного абсцесу Забезпечення інфекційної безпеки

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

" ПРОВОДИТИ ВЕНЕПУНКЦІЮ, ВНУТРІШНЬОВЕННЕ СТРУМИННЕ ВВЕДЕННЯ ФАРМАКОЛОГІЧНИХ ЗАСОБІВ"

1.ПФ.С.22.ПП.Н.28.02

Оснащення: Гумові рукавички, шприци та голки одноразового використання, стерильний пінцет , препарати в ампулах, спирт 70%, лотки – для стерильних та використаних матеріалів, джгут, подушка клейончаста, ватні кульки, склянка з дезрозчином (0,2% розчин дезактину) для використаного матеріалу.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз 'яснити матері мету і хід процедури. Провести психологічну підготовку дитини.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками. Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Прочитати надпис на упаковці та ампулі (назву, дозу, термін гідності), звірити з листком призначень лікаря.	Виключення помилкового введення препаратів, введення препаратів з просроченим строком гідності

4. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
5. Відкрити упаковку шприца (викинути в лоток). Надягнути на нього голку з ковпачком, зафіксувати голку на шприці. Зібраний шприц помістити в стерильний лоток.	Забезпечення інфекційної безпеки Попередження падіння голки під час роботи
6. Протерти шийку ампули з розчинником ватною кулькою зі спиртом, надрізати наждачним диском. Накрити стерильною серветкою і надломити (ватну кульку, серветку викинути в лоток).	Забезпечення профілактики інфікування під час ін'єкції Профілактика травмування рук
7. Взяти ампулу з розчином між 2 та 3 пальцями лівої руки, перегорнути дном догори і набрати в шприц необхідну кількість розчину.	Забезпечення правильності дозування лікарського препарату.
8. Випустити повітря з шприца і голки (одночасно перевірити прохідність голки), притримуючи канюлю голки першим і другим пальцями лівої руки, покласти шприц в стерильний лоток.	Забезпечення попередження виникнення можливого ускладнення
9. Покласти дитину на спину (дитину старшого віку можна посадити зручно на стілець), оглянути можливе місце внутрішньовенної пункції (ліктьова ямка, тильна поверхня кисті, стопи). Руку дитини розташувати долонею вверх, для максимального розгинання руки, під ліктьовий суглоб покласти клейончасту подушку. Гумовий джгут накласти поверх серветки на плече на 5 см вище ліктьової ямки. Після накладання джгута пульс на променевій артерії повинен визначатися. Провести легкий масаж передпліччя в напрямку від кисті руки до ліктьової ямки. Визначити методом пальпації локалізацію, рухомість ліктьової вени.	Забезпечення правильного вибору і оброблення місця ін'єкції. Дітям до 5 років джгут не накладається, затискання судини виконується рукою іншого медпрацівника (помічника).
10. Протерти місце ін'єкції двічі ватними кульками змоченими 70% етиловим спиртом. Першою кулькою обробити широке поле, другою – місце введення голки, третю ватну кульку затиснути між 4 та 5 пальцями лівої руки. Взяти правою рукою шприц так, щоб 2 палець притримував канюлю голки, решта пальців утримувала циліндр шприца, зріз голки направити догори і встановити з боку поділок на шприці. Першим пальцем лівої руки зафіксувати вену. Проколоти шкіру над веною, стінку вени, провести голку по ходу вени. Відтягнути поршень шприца на себе, якщо в шприці з'явилася кров з вени, обережно лівою рукою зняти джгут. Впевнитись, що голка не вийшла з вени. Для цього ще раз відтягнути поршень шприца на себе. Повільно ввести призначений лікарський препарат, стежачи при цьому за загальною реакцією дитини. Прикласти до місця ін'єкції ватну кульку, змочену 70% етиловим спиртом і швидким рухом вивести голку з вени. Зігнути руку дитини в ліктьовому суглобі і притискати ватну кульку до місця ін'єкції протягом 3 – 5 хвилин.	Забезпечення правильності методики внутрішньовенного введення ліків.
11. Відпрацьовані кульки, шприц з голкою занурити в дезрозчин. Зняти рукавички, занурити в дезрозчин. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки
12. Дитину віддати матері, записати про виконану процедуру в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

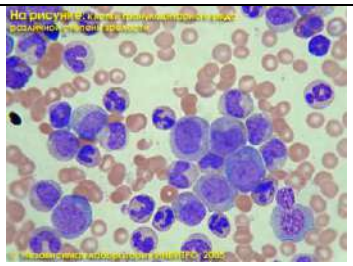
АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ БРАТИ КРОВ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ”

1.ПФ.С.23.ПП.Н.06.05

Оснащення: Гумові рукавички, шприци та голки одноразового використання, стерильний пінцет , стерильна пробірка, штатив з пробірками, спирт 70%, лотки – для стерильних та використаних матеріалів, джгут, подушка клейончаста, ватні кульки, склянка з дезрозчином (0,2% розчин дезактину) для використаного матеріалу.

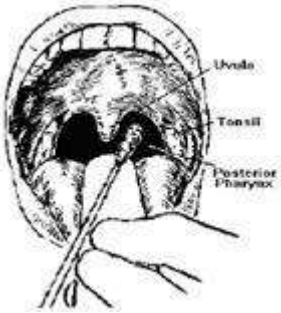
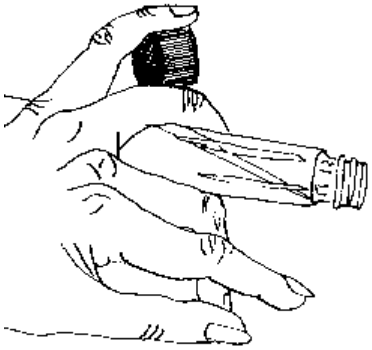
ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури. Провести психологічну підготовку дитини.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками. Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Відкрити упаковку шприца (викинути в лоток). Надягнути на нього голку з ковпачком, зафіксувати голку на шприці. Зібраний шприц помістити в стерильний лоток.	Забезпечення інфекційної безпеки Попередження падіння голки під час роботи
5. Покласти дитину на спину (дитину старшого віку можна посадити зручно на стілець), оглянути можливе місце внутрішньовенної пункції (ліктьова ямка). Руку дитини розташувати долонею вверх, для максимального розгинання руки, під ліктьовий суглоб покласти клейончасту подушку. Гумовий джгут накласти поверх серветки на плече на 5 см вище ліктьової ямки. Після накладання джгута пульс на променевій артерії повинен визначатися. Провести легкий масаж передпліччя в напрямку від кисті руки до ліктьової ямки. Визначити методом пальпації локалізацію, рухомість ліктьової вени.	Забезпечення правильного вибору і оброблення місця венепункції. Дітям до 5 років джгут не накладається, затискання судини виконується рукою іншого медпрацівника (помічника).
6. Протерти місце ін’єкції двічі ватними кульками змоченими 70% етиловим спиртом. Першою кулькою обробити широке поле, другою – місце введення голки, третю ватну кульку затиснути між 4 та 5 пальцями лівої руки. Взяти правою рукою шприц так, щоб 2 палець притримував канюлю голки, решта пальців утримувала циліндр шприца, зріз голки направити догори і встановити з боку поділок на шприці. Першим пальцем лівої руки зафіксувати вену. Проколоти шкіру над веною, стінку вени, провести голку по ходу вени. Відтягнути поршень шприца на себе, якщо в шприці з’явилася кров з вени, продовжувати повільно підтягувати поршень шприца на себе. Набрати в шприц 5 мл крові. Прикласти до місця ін’єкції ватну кульку, змочену 70% етиловим спиртом, розв’язати джгут, притиснути ватну кульку до місця ін’єкції і швидким рухом вивести голку з вени. Зігнути руку дитини в ліктьовому суглобі і притискати ватну кульку до місця ін’єкції протягом 3 – 5 хвилин.	Забезпечення правильності методики забору крові на біохімічний аналіз.
Взяти в ліву руку стерильну пробірку, перед цим зняти з неї корок. Тримати пробірку між 3 та 4 пальцями. Ввести голку шприца у пробірку і притиснути голку до стінки пробірки, підтримуючи муфту голки 1 та 2 пальцями лівої руки. Правою рукою повільно по стінці пробірки випускати кров з шприца. Поставити пробірку з кров’ю у штатив, закрити	Додатково пробірку з корком зверху накрити поліетиленовою плівкою і зав’язати. Пробірку треба помістити у контейнер, закрити його. Контейнер занести у лабораторію, до нього додати

<table>
<tr><td>корком. На пробірці склографом поставити номер. Цей номер перенести у направлення до лабораторії, де зазначити прізвище, ім’я дитини, її вік, відділення, номер палати, діагноз, дату забору аналізу.
 </td><td>направлення. Замість контейнера можна використати бікс, на дно якого покласти чотири шари серветок, у бікс поставити штатив з пробірками, які закрити корками і поліетиленовими плівками. Направлення в лабораторію покласти на бікс.</td></tr>
<tr><td>11. Відпрацьовані кульки, шприц з голкою занурити в дезрозчин. Зняти рукавички, занурити в дезрозчин. Вимити і висушити руки.</td><td>Забезпечення інфекційної безпеки</td></tr>
<tr><td>12. Дитину віддати матері, записати про виконану процедуру в листку призначень.</td><td>Забезпечення передачі інформації</td></tr>
<tr><td>Кров - це рідка тканина, що виконує різні функції, такі як, транспорт кисню и поживних речовин до органів та тканин і виведення з них шлакових продуктів. Складається з плазми і формених елементів: еритроцитів, лейкоцитів и тромбоцитів.</td><td>  </td></tr>
<tr><td>Загальний білок крові - Концентрація загального білка в сироватці залежить від синтезу и розпаду двох основних білкових фракцій - альбуміну і глобулінів. Альбумін синтезується, головним чином, в печінці, глобуліни - в лімфоцитах.</td><td><table><tr><td>Вік</td><td>Загальний рівень білка , г/л</td></tr><tr><td>До 1 року</td><td>44 - 73</td></tr><tr><td>1 – 2 роки</td><td>56 - 75</td></tr><tr><td>2 роки - 14 років</td><td>60 - 80</td></tr><tr><td>Старше 14 років</td><td>64 - 83</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>Загальний білірубін – пігмент крові, продукт розпаду гемоглобіну, міоглобіну і цитохромів.</td><td>Дорослі та діти (крім періоду новонародженості): 3,4 - 17,1 мкмоль/л</td></tr>
<tr><td>Білірубін прямий(кон’югований, зв’язаний) - Фракція загальнго білірубіну крові, що утворюється в результаті процесів кон’югації вільного білірубіну в печінці.</td><td>0 - 7,9 мкмоль/л.</td></tr>
<tr><td>АЛАТ, АЛТ, аланінамінотрансфераза -
Внутрішньоклітинний фермент, що приймає участь в обміні амінокислот</td><td><table><tr><td>Вік</td><td>Од/л</td></tr><tr><td>До 5 днів</td><td>< 49</td></tr><tr><td>5 днів – 6 міс</td><td>< 56</td></tr><tr><td>6 міс – 12 міс</td><td>< 54</td></tr><tr><td>1 – 3 років</td><td>< 33</td></tr><tr><td>3 – 12 років</td><td>< 39</td></tr><tr><td>12 – 17 років</td><td>< 24</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>АСАТ, АСТ, аспартатамінотрансфераза - фермент, що приймає участь в обміні амінокислот</td><td><table><tr><td>Вік</td><td>Од/л</td></tr><tr><td>До 5 днів</td><td>< 97</td></tr><tr><td>5 днів – 6 міс</td><td>< 77</td></tr><tr><td>6 міс – 12 міс</td><td>< 82</td></tr><tr><td>1 – 3 років</td><td>< 48</td></tr><tr><td>3 – 6 років</td><td>< 36</td></tr><tr><td>6 – 12 років</td><td>< 47</td></tr><tr><td>12 – 17 років</td><td>< 25</td></tr></table></td></tr>
</table>

С – реактивний білок – білок гострої фази, найшвидкий і найчутливий індікатор пошкодження тканин під час запалення, некрозу, травми	0 – 5 мг/л.

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
“ БРАТИ МАЗОК ІЗ ЗІВУ, НОСА”

Оснащення: Штатив для пробірок, стерильні пробірки з ватними тампонами на металевих стержнях, стерильні шпателі, склянка для забруднених шпателів .

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2. Підготувати все необхідне. Дитину посадити обличчям до світла. Маленьку дитину тримає на руках мати або помічник. Посадити дитину до себе спиною, праву руку покласти на лоб дитини, а ліву руку – на її грудну клітку. Лівою рукою зафіксувати руки дитини, а її ноги зафіксувати між своїми ногами. Мазок із зіва брати вранці до годування дитини, до оброблення ротової порожнини дезінфекційними розчинами.	Забезпечення чіткості виконання процедури Забезпечення комфортних умов дитині. 
3. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
4. У штатив поставити 2 пробірки із стерильними ватними тампонами. У ліву руку взяти пробірку між 4 і 5 пальцями, витягнути стержень з ватним тампоном і взяти його в ліву руку 1 і 2 пальцями. В праву руку взяти шпатель, розкрити дитині рот, притримати шпателем язик. Стерильним ватним тампоном на стержні взяти слиз з поверхні мигдаликів, піднебінних дужок, язика. Стержень з ватним тампоном внести в пробірку, не торкаючись стінок, і поставити у штатив.	Взяття мазка із зіву 
5.Лівою рукою тримати пробірку і стержень з ватним тампоном. Правою рукою підняти кінчик носа вгору. З кожної ніздрі взяти мазок окремими тампонами. Кожен ватний тампон із слизом внести в різні стерильні пробірки, не торкаючись стінок, поставити їх у штатив.	Взяття мазка із носа

6.Виписати направлення в лабораторію на аналіз мазків із зіва і носа на стафілокок, відправити в бактеріологічну лабораторію. Мазок з носа та зіва на мікрофлору П.І._____ Вік_____ Адреса або відділення_____ Діагноз_____ Дата захворювання_____ Дата обстеження_____ Підпис_____	Виписування направлення
9. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ЗБИРАТИ ХАРКОТИННЯ ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ”

1.ПФ.С.23.ПП.Н.01.12

Оснащення:

Чиста суха склянка з кришкою, плювальниця із темного скла з металевою кришкою, чашка Петрі

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2. Підготувати все необхідне. Харкотиння слід збирати вранці до їди.	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Дитина повинна ретельно обробити ротову порожнину 2% розчином натрію гідрокарбонату або фурациліном 1 : 5000, або 0,01% розчином калію перманганату	Забезпечення чистоти матеріалу, що збирають.
5. Хворий відкашлює харкотиння, збираючи його в суху чисту склянку або в плювальницю – 3 – 5 мл. Слина не повинна потрапити на дослідження . Склянку закрити кришкою.	Забезпечення стерильності матеріалу
6. Направити в лабораторію протягом 2 годин з моменту збирання харкотиння з виписаним направленням. До відправлення склянки з харкотинням в лабораторію зберігати її в холодильнику.	Виписування направлення
Направлення на загальне дослідження харкотиння П.І._____ Вік_____ Адреса_____ Відділення_____ Діагноз_____ Дата та час_____ Підпис_____	
7. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки
8.Зробити відмітку про проведення збирання харкотиння в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ЗБИРАТИ ХАРКОТИННЯ ДЛЯ БАКТЕРІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ”

1.ПФ.С.23.ПП.Н.01.13

Оснащення: Чиста суха склянка з кришкою, плювальниця із темного скла з металевою кришкою, чашка Петрі

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2. Підготувати все необхідне. Харкотиння слід збирати протягом 1 – 3 діб у плювальницю.	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Зберігати харкотиння в плювальниці з закритою кришкою в холодильнику.	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Відправити харкотиння в лабораторію з виписаним направленням. Знезаражувати харкотиння в склянках або плювальницях 3% розчином хлораміну або 2% розчином калію перманганату . Для знезаражування харкотиння застосовують тирсу або торф, який змішують з харкотинням у плювальницях і спалюють.	Забезпечення інфекційної безпеки
5.Направлення На бактеріологічне дослідження харкотиння П.І._____ Вік_____ Адреса_____ Відділення_____ Діагноз_____ Дата та час_____ Підпис_____	Виписування направлення
8.Зробити відмітку про проведення збирання харкотиння в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

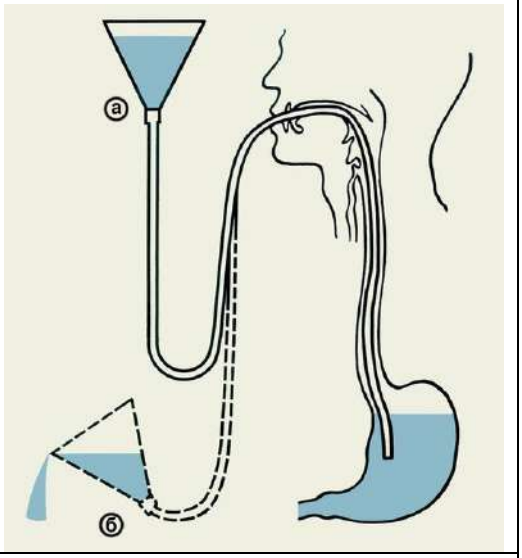
АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ БРАТИ БЛЮВОТНІ МАСИ І ПРОМИВНІ ВОДИ ШЛУНКА ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ”

1.ПФ.С.23.ПП.Н.18.05

Оснащення: Стерильний слоїк для промивних вод шлунка; стерильний зонд; стерильний пінцет , шлунковий зонд з скляним перехідником, лійкою, емальований кухоль, цератовий фартух, переварена вода кімнатної температури, пелюшки

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками.
2. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Один з помічників надягає клейончастий фартух, сідає, бере дитину на руки, стискаючи її ноги між своїми. Однією рукою він фіксує руки хворого, другою притримує голівку.	Забезпечення безпеки дитини
5.Візьми стерильний зонд, виміряй відстань від перенісся до пупка. Зроби позначку. У разі відмови великим та середнім пальцями натискають на обидві щоки на рівні зубів. У момент відкривання рота швидко вводять шпатель, обгорнутий марлею, або роторозширювач. Медпрацівник стає праворуч від хворого, у правій руці тримає зволожений водою зонд на відстані 10 – 15 см від кінця. Лівою рукою обіймає шию дитини.	Забезпечення правильності введення зонда у шлунок

6. Кінець зволоженого кип'яченою водою зонда кладуть на корінь язика, просять хворого зробити кілька ковтальних рухів і в цей момент швидко просувають зонд по стравоходу. При позивах на блювання введення зонда припиняють, а хворому пропонують зробити кілька ковтальних рухів і глибоко подихати через ніс. При попаданні зонда в дихальні шляхи хворий починає кашляти, синіти і втрачати голос. У такому випадку зонд негайно витягують і через кілька хвилин процедуру повторюють.	Попередження попадання зонду в дихальні шляхи 
7.Увівши зонд до позначки, до вільного кінця приєднують скляний перехідник, гумову трубку і закріплюють скляну лійку. Тримаючи лійку на рівні колін хворого в нахиленому положенні, щоб не ввести повітря в шлунок, наливають у неї близько 1 л води. Повільно піднімають лійку вище від голови хворого - вода при цьому поступає в шлунок. При наближенні рівня води до вічка лійки, її опускають униз у вихідне положення і тримають на цьому рівні до того часу, поки вода з шлунка з домішками слизу і їжі не заповнить її. Вміст лійки виливають у стерильну склянку і відправляють в бактеріологічну лабораторію.	Кількість виділеної води приблизно повинна бути такою ж, як кількість введеної води. Слідкуйте, щоб не вся вода із лійки потрапила в шлунок, тому що в такому разі зворотне надходження рідини із шлунка в лійку може бути порушеним.
8. Після закінчення блювання треба взяти блювотні маси в стерильний слоїк , наклеїти етикетку з зазначенням ПІБ пацієнта, відділення (або домашньої адреси), мети дослідження, дати, підпис медпрацівника, який взяв матеріал на дослідження і відправити до бактеріологічної лабораторії.	
9. Лійку , зонд і трубку після використання промивають проточною водою, замочують зонд у миючому розчині на 30 хв., полощуть під проточною водою, потім у дистильованій воді кип'ятять 30 хв. Зберігають зонди в 1% розчині борної кислоти. Перед використанням їх споліскують перевареною водою. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки. Гумові рукавички знезаразити в 3% розчині хлораміну	Забезпечення інфекційної безпеки
9. Зняти рукавички, вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

" БРАТИ КАЛ НА ЯЙЦЯ ГЕЛЬМІНТІВ"

1.ПФ.С.23.ПП.Н.20.03

Оснащення: Чистий горщик, дерев'яна або скляна паличка, контейнер (скляний або пластмасовий).

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ

1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Оброби горщик окропом. Випорожнення збери у чистий горщик. Дерев’яною або скляною паличкою візьми із 3 різних місць випорожнення в контейнер в кількості 30 – 50 г. У разі приймання протиглисних препаратів на дослідження направляють усю порцію калу. Напиши направлення . Відправ в клінічну лабораторію.	Забір матеріалу на дослідження.
5. Напиши направлення . На контейнер наклеюють етикетку з зазначенням прізвища, ім’я хворого, відділення, палати, назви дослідження, дати, підпис медсестри. Відправ в клінічну лабораторію.	Забезпечення передачі інформації.
7. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
8.Зроби відмітку у листку призначень про виконання процедури в умовах стаціонару	Забезпечення передачі інформації

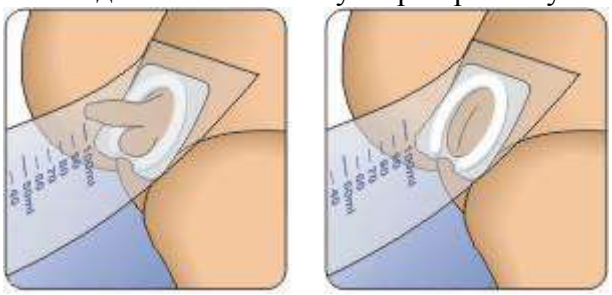
АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“БРАТИ СЕЧУ ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ”

1.ПФ.С.23.ПП.Н.27.07

Оснащення: Суха чиста ємність для збирання сечі , пелюшка, гумовий підкладний кружок, лоток або тарілка, направлення, презерватив

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури, попередь, що дослідження проводиться частіше зранку	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Роздягни дитину, проведи туалет зовнішніх статевих органів (підмий під проточною водою в напрямку від лобка до анального отвору)	Забезпечення чистоти матеріалу, що збирається

5. Якщо це дівчинка, прикрий гумовий підкладний кружок пелюшкою, підстав під нього лоток або тарілку. Виклич умовний рефлекс. Почекай, поки відбудеться сечовиділення. Злий сечу з лотка в склянку. Якщо це хлопчик, надягни на статевий член презерватив, прикріпи його лейкопластиром до шкіри. Виклич умовний рефлекс. Почекай, поки відбудеться сечовиділення. Злий сечу з презервативу в склянку. 	Забезпечення чистоти сечі
6. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
7. Заповни направлення. Вкажи ПІ дитини, її вік, адресу, діагноз, дату, підпис медсестри.	Забезпечення передачі інформації
8. Знезаразити гумовий підкладний кружок, рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
9.Відправ на дослідження в клінічну лабораторію	
10. Порівняй отриманий результат з показниками здорової дитини. Загальний аналіз сечі (дит. 6 міс) Колір – солом'яно – жовтий Питома вага – 1015 Реакція – нейтральна Білок – відсутній <u>Мікроскопія осаду сечі</u> Епітелій – 1 – 2 в п/з зернисті - відсутні Лейкоцити – 5 – 6 в п/з гіалінові - відсутні Еритроцити – 1- 2 в п/з восковидні - відсутні Циліндри - відсутні солі – відсутні слиз- відсутній	

Анализ мочи

Результаты исследования

1. Физические свойства

№	Параметр	Ед.измер.	Измерено	Норма
1	Цвет	органол.	желтый 0	желтый 0
2	Запах	органол.	специф.	специф.
3	Прозрачность	услов.ед.	90	100
4	Консистенция		жидкая	жидкая
5	Относительная плотность	кг/л	1,039	1.035-1.010

2. Химические свойства

№	Параметр	Ед.измер.	Измерено	Норма
6	Кислотность	(pH)	6,6	6.4-6.8
7	Общий белок	g/L	0,024	0- 0.015
8	Альбумозы	g/L	0	0
9	Осмоляльность	mmol/L	0,7	0.3-0.6
10	Углеводы (Глюкоза)	mmol/L	0	0-1.7
11	Редуцирующие в-ва	mg/L	0	0
12	Нитриты	mmol/L	0	0
13	Индикан	mg/L	15	5-20
14	Уробилиноген	mkmol/L	4	3-16
15	Желчные пигменты	mkmol/L	0	0
16	Желчные кислоты	%	0,01	<0.01
17	Пигменты крови	Er./L	0	до $5*10^5$/L
18	Кетоновые тела	mmol/L	0,5	0-1

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
“БРАТИ СЕЧУ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ НА ДІАСТАЗУ”

1.ПФ.С.23.ПП.Н.35.03

Оснащення: Суха чиста ємність для збирання сечі , направлення

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз‘яснити матері мету і хід процедури, попередь, що дослідження проводиться частіше зранку	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2. Діастаза (Альфа – амілаза) - Маркер ураження підшлункової залози та органів черевної порожнини	Активність амілази в сечі міцно пов‘язана з її активністю в сироватці крові. Ензім (фермент) утворюється в підшлунковій залозі та в слинних залозах.
3.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
4.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
5. Роздягни дитину, проведи туалет зовнішніх статевих органів (підмий під проточною водою в напрямку від лобка до анального отвору)	Забезпечення чистоти матеріалу, що збирається
6. Почекати, щоб дитина випорожнила сечовий міхур в горщик або унітаз.	Забезпечення правильної методики збирання сечі
7. Протягом 1 години (або 2, 3 і т. д. годин) збирати сечу в ємність, яка зберігається в холодильніку (+4... +8 С) протягом всього часу збирання сечі. Після завершення збирання сечі вміст ємности ретельно виміряти, обов‘язково перемішати и відразу ж відлити в стерильний контейнер.	Забезпечення правильної методики збирання сечі
8. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
9.Заповнити направлення. Вказати ПІ дитини, її вік, адресу, діагноз, дату. Вказати зібраний об‘єм сечі (діурез) в мл , наприклад: «Діурез 250 мл», а також обов‘язково вказати точну тривалість збирання сечі (в годинах). Підпис медсестри	Забезпечення передачі інформації
10. Знезаразити рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
11.Відправ на дослідження в лабораторію	В нормі - 1 - 17 Од/год

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
“БРАТИ СЕЧУ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗА НЕЧИПОРЕНКО”

1.ПФ.С.23.ПП.Н.28.08

Оснащення: Направлення на аналіз, ємність для збирання сечі

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури, попередь, що дослідження проводять звичайно вранці	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію

2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.На аркуші паперу познач прізвище, ім'я дитини, вік, відділення, дату, діагноз	Забезпечення правильності інформації
4. Знезаразити руки, одягнути стерильні гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
5. Роздягни дитину, проведи туалет зовнішніх статевих органів (підмий під проточною водою в напрямку від лобка до анального отвору)	Забезпечення чистоти матеріалу, що збирається
6.Збери "середню" порцію сечі в чисту склянку (першу і останню порцію сечі в склянку не збирай)	Перша порція сечі промиває сечові шляхи і містить значну порцію мікроорганізмів, остання порція сечі містить велику кількість осаду
7. Прикріпи етикетку – направлення, відправ склянку з сечею до лабораторії	В лабораторії визначають кількість лейкоцитів, еритроцитів, циліндрів на 1куб.см.осаду центрифугованої сечі
8. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
9. Порівняй отриманий результат з показниками здорової дитини	У здорової дитини еритроцитів повинно бути не більше як 1000 на 1 куб. см., лейкоцитів – не більше як 2000 на 1 куб. см., циліндрів не більше як 250 на куб. см.

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

"БРАТИ СЕЧУ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗА ЗИМНИЦЬКИМ"

1.ПФ.С.23.ПП.Н.29.08

Оснащення: Направлення ,горщик, 9 – 10 чистих слоїків для збирання сечі

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз 'яснити матері мету і хід процедури, пояснити, що процедуру проводять протягом доби	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Напиши направлення на кожний флакон: В клінічну лабораторію Аналіз сечі за Зимницьким прізвище, ім'я дитини, відділення, діагноз порція №_____ з _____ до _____ годин дата підпис медсестри	Забезпечення правильності інформації Порція № 1 з 6.00 до 9. 00 Порція № 2 з 9.00 до 12. 00 Порція № 3 з 12.00 до 15. 00 Порція № 4 з 15.00 до 18. 00 Порція № 5 з 18.00 до 21. 00 Порція № 6 з 21.00 до 24. 00 Порція № 7 з 24.00 до 3. 00 Порція № 8 з 3.00 до 6. 00
4. Збирай сечу дитини в горщик за відповідні 3 години	Першу порцію сечі в 6 годин ранку не збирай. Якщо об'єм сечі більше, ніж ємність склянки, візьми додаткову і підпиши її так само, як і основну. Якщо за відповідний проміжок часу дитина не виділила сечі, склянку залиш порожньою і також відправ до лабораторії.
5. Веди облік випитої рідини протягом доби	Вимірювання випитої рідини за добу
6.Відправ слоїки в клінічну лабораторію	В клінічній лабораторії в кожній порції сечі визначають питому вагу, кількість сечі
7. Порівняй отриманий результат з показниками	Денний діурез – це порції сечі №1, № 2,

<table>
<tr><td>здорової дитини.
Добовий діурез повинен складати не менше 70 – 75% випитої рідини. Денний діурез повинен перевищувати нічний в 3 рази. Різниця між показниками найбільшої та найменшої питомої ваги в порціях сечі повинна складати не менше 7.</td><td>№ 3, № 4.
Нічний діурез – це порції сечі № 5, № 6, № 7, № 8.</td></tr>
<tr><td>8.Проба за Зимницьким здорової дитини 9 р.
<table>
<tr><th>№ порції</th><th>Кількість сечі</th><th>Питома вага</th><th>Кількість випит.рід.</th><th></th></tr>
<tr><td>1
2
3
4
5
6
7
8</td><td>200 мл
250 мл
200 мл
230 мл
200 мл
150 мл
80 мл
130 мл</td><td>1014
1012
1015
1013
1015
1018
1025
1019</td><td>280 мл
350 мл
450 мл
300 мл
350 мл
250 мл
-
-</td><td>Денний діурез 900мл
Нічний діурез 560мл</td></tr>
</table></td><td>Приклад</td></tr>
</table>

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения СССР

_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 211/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

Лаборатория _____

АНАЛИЗ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ N _____

"..."_____ 20 . . г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____

Возраст _____

Учреждение _____

Отделение _____ палата _____

Участок _____ медицинская карта N _____

Количество принятой жидкости _____

Номер порции	Часы	Относительная плотность	Количество мочи в л.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Дневной диурез _____ л

Ночной диурез _____ л

Общий диурез _____ л

"..."_____ 20 ... г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ПРОВОДИТИ ЗІСКОБ НА ЕНТЕРОБІОЗ”

1.ПФ.С.23.ПП.Н.26.02

Оснащення: М’яка стрічка, предметні скельця, гумові рукавички, склограф.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури, попередити, що обстеження проводиться вранці.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Візьми м’яку стрічку (скотч) , предметне скельце.	Забезпечення умов зберігання яєць гостриків
5. Залежно від віку дитину поклади на спину, або на лівий бік з підігнутими нижніми кінцівками.	Забезпечення зручного положення дитини
6. Пальцями лівої руки розведи сідниці. Правою рукою наклій м’яку стрічку на періанальні складки, черех 30 сек. Зніми стрічку, наклій її на предметне скельце. Постав порядковий номер на предметне скельце і на направлення. Випиши направлення в лабораторію: ПІ дитини, вік, дата взяття зіскобу, діагноз, адреса і підпис медсестри. Зіскоб відправ в клінічну лабораторію.	Взяття матеріалу на обстеження
7. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки. Гумові рукавички знезаразити в 3% розчині хлораміну	Забезпечення інфекційної безпеки
8.Запиши в журнал реєстрацій зіскобу на ентеробіоз про виконання процедури .	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

БРАТИ СЕЧУ ДЛЯ БАКТЕРІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

1.ПФ.С.23.ПП.Н.34.10

Оснащення: Розчин фурациліну 1 : 5 000 або 0,1 % р – н перманганату калію, церата. Стерильні: пелюшка, серветки, ниркоподібний лоток, пінцет, гумові рукавички, вазелінове масло, склянка або пробірка для збирання сечі

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз’яснити матері мету і хід проведення процедури	Забезпечення правильного проведення процедури, права на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості та швидкості виконання процедури
3.Вимити і осушити руки, нігті повинні бути коротко підстрижені, зняти прикраси	Забезпечення інфекційної безпеки Забезпечення безпеки дитини

4.Обробити сповивальний столик дезінфікуючим розчином і застелити його ковдрою та пелюшкою	
5.Роздягнути дитину , підмити її розчином фурациліну 1 : 5000 або 0,1 % розчином перманганату калію. Просуши стерильною пелюшкою	Підготовка дитини до процедури Забезпечення стерильності матеріалу, який збирають
6. Поклади дитину на спину з розведеними ніжками на сповивальний столик.	Забезпечення зручного положення дитині
7. Знезаразити руки, одягнути стерильні гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
8. Візьми стерильний гумовий катетер, змочи кінець катетера стерильним вазеліновим маслом. У дівчаток за допомогою двох серветок розведи статеві губи і визнач місце знаходження зовнішнього отвору сечовивідного каналу. У хлопчиків лівою рукою візьми статевий член, головку розкрий, введи катетер в отвір каналу за допомогою пінцету. Обережно обертальними рухами введи катетер в отвір сечовивідного каналу, поступово просуваючи катетер в сечовий міхур. Збери сечу в стерильну склянку, не порушуючи стерильність. Одягни дитину, поклади її в ліжко.	Взяття матеріалу для дослідження Забезпечення комфортних умов дитині
9. Діти старшого віку можуть самостійно помочитися в стерильну пробірку, не торкаючись зовнішніми статевими органами країв пробірки.	Забезпечення комфортних умов дитині Забезпечення стерильності
10. Закрий склянку корком. Заповни етикетку – направлення в бактеріологічну лабораторію. Визнач : ПІБ, вік, адресу , відділення, діагноз, дату, підпис. Прикріпи етикетку, відправ склянку з сечею в бак лабораторію.	Забезпечення стерильності Забезпечення зберігання інформації
11. Продезінфікуй катетер: занурити його у 3% розчин хлораміну на 1год. Промити під проточною водою, знежирити миючим розчином, ще раз промити. Прокип'ятити протягом 30 хвилин. Зберігати в сухому промаркірованому посуді.	Забезпечення інфекційної безпеки
12. Забрати пелюшку зі сповивального столика та покласти в мішок для брудної білизни 13. Протерти робочу поверхню сповивального столика дезрозчином 14. Вимити і висушити руки, зняти рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

" ГОТУВАТИ ПАЦІЄНТА ДО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ТА ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ"

1.ПФ.С.23.ПП.Н.47.08

Оснащення: Гумові рукавички, клейонка, стерильні ватні тампони, стерильний пінцет, стерильний вазелін у флаконі, 1 –1,5 л води кімнатної температури, кружка Есмарха, карболен у таблетках, медична карта стаціонарного хворого або амбулаторна карта хворого.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Медичній сестрі поліклініки виписати хворому направлення в кабінет УЗД, поінформувати його про правила підготовки до процедури, дати заявку в кабінет УЗД.	Виписування направлення амбулаторному хворому

2. Медичній сестрі стаціонару зробити вибірку злистків призначень, кому із хворих призначене лікарем дане обстеження, попередити дитину або її батьків про дату обстеження і поінформувати їх про правила підготовки до процедури, дати заявку в кабінет УЗД	Виписування направлення стаціонарному хворому
3. За 3 доби до дослідження з харчового раціону хворого виключити продукти, які сприяють утворенню газів у кишках (свіже молоко, свіжий хліб, бобові, картоплю, капусту, солодощі тощо). Дитина повинна споживати їжу, що легко засвоюється, дає найменшу кількість шлаків і не подразнює слизову оболонку кишок.	Забезпечення попередження газоутворення в організмі дитини
4. Протягом 3 днів призначити хворому карболен (по 2 таблетки тричі на день) або відвар ромашки (200 – 250 г протягом дня). Відвар ромашки готують так: 1 столову ложку сухої ромашки заварити 1 склянкою окропу, настояти протягом 30 хв і процідити.	Забезпечення зменшення метеоризму
5. Амбулаторному хворому з'явитися з батьками в кабінет УЗД у призначений день і годину з направленням і з амбулаторною картою для запису результатів дослідження. Стаціонарному хворому з'явитися в кабінет УЗД у супроводі медсестри відділення, яка відносить карту стаціонарного хворого сама.	У день дослідження
6. Напередодні дослідження ввечері поставити хворому очисну клізму(при закрепах). Поінформувати дитину або її батьків, що дослідження проводиться натще, уранці не можна їсти, приймати лікарські препарати, пити. Попередити дитину або її батьків, щоб на дослідження вони взяли з собою рушник.	Забезпечення правильності дій під час дослідження

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

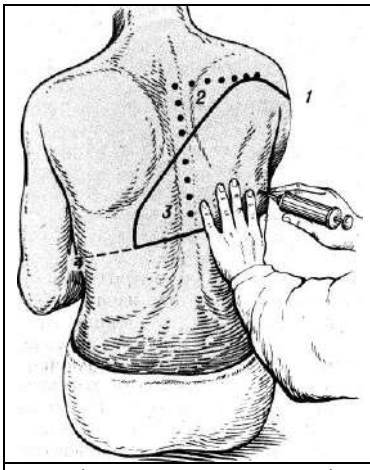
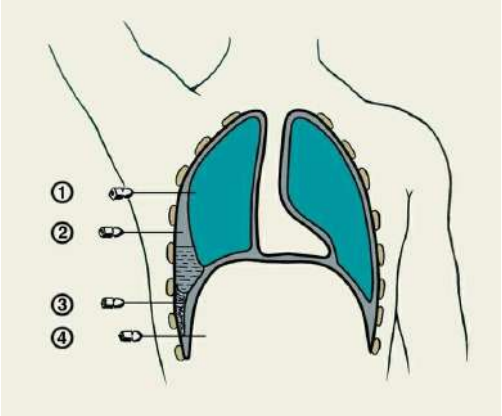
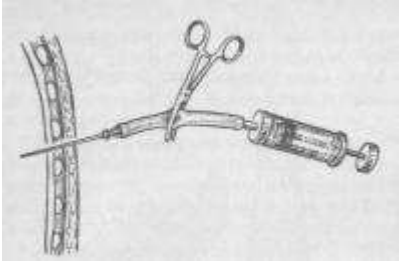
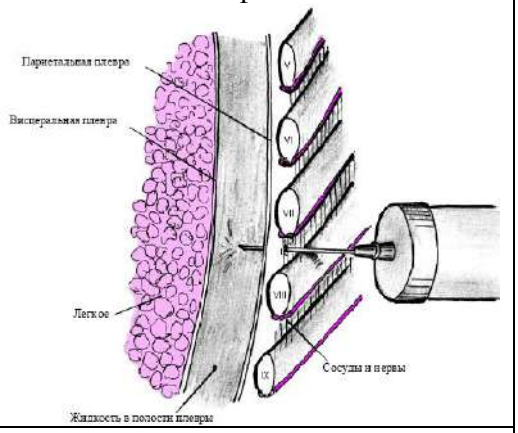
" ГОТУВАТИ ХВОРОГО І ВСЕ НЕОБХІДНЕ ДО ПРОВЕДЕННЯ ПЛЕВРАЛЬНОЇ ПУНКЦІЇ"

1.ПФ.С.23.ПП.Н.50.06

Оснащення:

Стерильні марлеві серветки, стерильні ватні кульки, одноразові шприци ємкістю 20 мл, стерильні голки завдовжки 8 – 10 см, діаметром більше ніж 1 мм з канюлею. Еластичні гумові трубки, з'єднані з канюлею. Затискач, 5% спиртовий розчин йоду, 70% розчин етилового спирту, 0,5% розчин новокаїну. Стерильний лоток, лоток для використаного матеріалу, лейкопластир, штатив зі стерильними пробірками, стерильні гумові рукавички, дезінфекційний розчин.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз'яснити матері мету і хід проведення процедури	Забезпечення правильного проведення процедури, права на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості та швидкості виконання процедури
3.Вимити і осушити руки, нігті повинні бути коротко підстрижені, зняти прикраси	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Посадіть дитину на стілець, відповідним боком поверніть до лікаря. Плече дитини на стороні пункції відведіть вверх і вперед, руку відведіть за голову.	При тяжкому стані дитини її покладіть на здоровий бік, руку відведіть за голову.
5. Надягніть стерильні гумові рукавички. Місце пункції обробіть 5% спиртовим розчином йоду, а потім – 70% розчином етилового спирту. Місце пункції можна обробляти 0,5% розчином хлоргексидину бікарбонату.	Забезпечення інфекційної безпеки

	
6. Лікар проводить місцеву анестезію, після чого вводить пункційну голку з герметично надітою гумовою трубкою і затискачем по верхньому краю ребра в плевральну порожнину. До трубки приєднайте шприц та відсмокчіть рідину в 3 стерильні пробірки.	Лікар перкуторно і рентгенологічно визначає верхню межу плеврального випоту. Для вилучення рідини з плевральної порожнини пункцію виконують у сьомому – восьмому міжреброві проміжках по задній пахвинній лінії.
7. Допомагайте лікарю під час відсмоктування рідини з плевральної порожнини: після заповнення шприца рідиною гумову трубку затисніть затискачем.	Для відсмоктування повітря – у другому – третьому проміжках по середньо ключичній лінії
8.Після закінчення маніпуляції шприц звільнить від вмісту. Місце пункції обробіть 5% спиртовим розчином йоду, потім 70% розчином етилового спирту та накладіть стерильну пов'язку, яку зафіксуйте лейкопластирем. Зніміть рукавички.  6.	Забезпечення інфекційної безпеки 
9. Дитину на каталці транспортуйте в палату. Спостерігайте за станом дитини: проводьте термометрію, визначте частоту пульсу та дихання, виміряйте АТ.	Забезпечення попередження ускладнень після проведеної пункції.
10. Пробірки з направленнями відправте до клінічної, цитологічної та бактеріологічної лабораторії. Зробіть відмітку про проведення плевральної пункції в листку призначень. <u>Направлення до бактеріологічної лабораторії</u> Для дослідження плевральної рідини П.І.дитини_____ Вік дитини _____ Відділення _____ Палата _____ Дата захворювання _____ Дата госпіталізації _____ Діагноз _____ Дата і час забору матеріалу _____ П.І.Б. медпрацівника, який проводив забір матеріалу	<u>Направлення до клінічної лабораторії</u> П.І.дитини_____ Вік дитини _____ Відділення _____ Палата _____ Діагноз _____ Дата _____ Підпис_____

Підпис _____	

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ГОТУВАТИ ХВОРОГО І ВСЕ НЕОБХІДНЕ ДО ПРОВЕДЕННЯ ЛЮМБАЛЬНОЇ ПУНКЦІЇ”

1.ПФ.С.23.ПП.Н.50.06

Оснащення:

Стерильні марлеві серветки, стерильні ватні кульки, пінцети, 5% спиртовий розчин йоду, 70% розчин етилового спирту, 0,5% розчин новокаїну, одноразові шприци, стерильний лоток, лоток для використаного матеріалу, штатив зі стерильними пробірками, стерильні голки з мандреном, стерильні гумові рукавички, захисні окуляри, дезінфекційний розчин.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз’яснити матері мету і хід проведення процедури	Забезпечення правильного проведення процедури, права на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості та швидкості виконання процедури
3.Вимити і осушити руки, нігті повинні бути коротко підстрижені, зняти прикраси. Перед проведенням маніпуляції виміряйте температуру тіла, АТ, підрахуйте частоту пульсу та дихальних рухів.	Забезпечення інфекційної безпеки Контроль стану дитини.
3. Дитину покладіть на бік із зігнутими та приведеними до живота нижніми кінцівками, голову нахиліть до грудної клітки. Вимийте руки, надягніть захисні окуляри.	Забезпечення правильного положення дитини
4. Руки обробіть 70% розчином етилового спирту, надягніть стерильні гумові рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
Місце пункції спочатку обробіть 5% спиртовим розчином йоду, потім протріть 70% розчином етилового спирту. Лікар проводить місцеву анестезію, уводить голку з мандреном між остистими відростками поперекових хребців, поступово виймає мандрен із голки, набирає в стерильні пробірки необхідну кількість спинномозкової рідини для клінічного та бактеріологічного дослідження. 	Місце пункції залежить від віку дитини. У новонародженого та дитини раннього віку пункцію виконують між остистими відростками III і IV поперекових хребців, у дітей старшого віку – між остистими відростками II і III поперекових хребців.
6. Місце пункції обробіть 5% спиртовим розчином йоду і накладіть стерильну пов’язку. Дитину перевезіть у палату на каталці, покладіть на рівну тверду поверхню (щит) ліжка без подушки на живіт на 2 – 3 години.	Після проведення маніпуляції виміряйте температуру тіла, АТ, підрахуйте частоту пульсу та дихальних рухів
7. Проведіть дезінфекцію шприців, ватних кульок, гумових рукавичок.	Забезпечення інфекційної безпеки
8. Пробірки зі спинномозковою рідиною відправте для	Випишіть направлення до

дослідження до клінічної, біохімічної або бактеріологічної лабораторії.	лабораторії
9. Після проведення спинномозкової пункції рекомендуйте ліжковий режим протягом доби. Дитину погодуйте через 2 години. Протягом усього часу спостерігають за станом дитини.	Забезпечення попередження ускладнень після проведеної пункції
10. Про проведення спинномозкової пункції зробіть відмітку в листку призначень. Направлення до бактеріологічної лабораторії Аналіз спинномозкової рідини П.І. дитини _____ Вік _____ Відділення_____ Палата _____ Дата госпіталізації _____ Діагноз ___ _____ Дата і час забору матеріалу_____ П.І.Б. медпрацівника, який проводив забір матеріалу _____ Підпис _____	Направлення до біохімічної лабораторії Аналіз спинномозкової рідини П.І. дитини _____ Вік _____ Відділення_____ Палата _____ Діагноз _____ Дата _____ Підпис_____

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПРОВОДИТИ ПІДМИВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ

1.ПФ.С.24.ПП.Н.01.01

Оснащення:

Переварена вода (температура 37 – 38*С), серветки, пелюшка або рушник,стерильна рослинна олія або дитяча присипка,чиста білизна, гумові рукавички,ємкість з дезрозчином, одноразове дитяче мило

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Інформувати матір про правила проведення процедури	Забезпечення правильного щоденного догляду за дитиною
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Відрегулювати температуру води в крані, перевірив її шкірою ліктя.	Попередження опіків дитини
4. Вимити, висушити руки, надягти рукавички, фартух	Забезпечення інфекційної безпеки
5.Зняти з дитини брудний одяг і покласти в мішок для брудної білизни	Підготовка дитини до процедури Попередження забруднення навколишнього середовища
6.Візьми дитину на руки так, щоб її голова фіксувалась на ліктьовому згині, а долоня руки підтримувала сідниці.	Найбільш зручне розташування дитини під час проведення процедури
7.Одноразовим дитячим милом помий пахову ділянку, сідниці дитини.Змий під проточною водою, направляй рухи (і воду) зверху вниз. Підмивай дитину від лобка до анального отвору, використовуючи марлеві серветки 9.	Попереджується потрапляння інфекції в сечостатеву систему дитини

8. Поклади дитину на сповивальний столик, рушником або пелюшкою просуши шкіру	Забезпечення гігієнічного комфорта
9.Оброби пахові, сідничні складки стерильною рослинною олією або припудри присипкою	Профілактика попрілостей
10. Сповий дитину та поклади в ліжко	Забезпечення комфортного стану
11.Знезараж сповивальний столик 3 % розчином хлораміну.Зняти рукавички, вимити та висушити руки.Фартух та гумові рукавички знезараж дезрозчином	Забезпечення інфекційної безпеки

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПРОВОДИТИ ОБРОБКУ ФІЗІОЛОГІЧНИХ СКЛАДОК

1.ПФ.С.24.ПП.Н.02.01

Оснащення: сповивальний столик, пелюшки, розчин фурациліну 1 : 5000 – 200 мл, ватні кульки в окремих пакетах (20 – 25 штук), стерильна олія та вазелінове масло (по 50 мл), лоток для використаних матеріалів, 0,2% розчин дезактину.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз'яснити матері мету і хід проведення процедури	Забезпечення правильного щоденного догляду за дитиною
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості і швидкості проведення процедури
3.Вимити і висушити руки, одягнути рукавички. Обробити сповивальний столик дезрозчином і застелити його пелюшкою	Забезпечення інфекційної безпеки
4.Покласти дитину на сповивальний столик, роздягнути її.	Найбільш зручне положення дитини
5. Послідовно обробити шкіру за вухами, складки шиї, складки верхніх та нижніх кінцівок, пахвинної ділянки, змінюючи ватні кульки, змочені розчином фурациліну. Так само обсушити складки шкіри.	Проводиться тільки в тому разі, якщо попередньо не проводилась гігієнічна або лікувальна ванна, водні процедури.
6. Послідовно обробити шкіру за вухами, складки шиї, складки верхніх та нижніх кінцівок, пахвинної ділянки, змінюючи ватні кульки, змочені стерильною олією.	Проводиться для профілактики попрілостей.
7. Одягнути або сповити дитину, віддати її матері.	Забезпечення комфортних умов для дитини
8.Знезаразити сповивальний столик 0,2 % розчином дезактину.Зняти рукавички, вимити та висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки
9.Зроби відмітку у листку призначень про виконання процедури .	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПРОВОДИТИ ТУАЛЕТ ПУПКОВОЇ РАНКИ, ЗАЛИШКУ ПУПОВИНИ

1.ПФ.С.24.ПП.Н.03.01

Оснащення:

Стерильні марлеві серветки, піпетки, палички з ватними кульками, 96% етиловий спирт, 5% розчин перманганату калію, 3% розчин перекису водню, гумові рукавички, стерильний лоток, лоток для відпрацьованого матеріалу, 3% розчин хлораміну.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз'яснити матері мету і хід проведення процедури	Забезпечення правильного щоденного догляду за дитиною
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості і швидкості проведення процедури
3.Вимити і висушити руки, одягнути рукавички. Обробити сповивальний столик дезрозчином і застелити його пелюшкою	Забезпечення інфекційної безпеки
4.Покласти дитину на сповивальний столик	Найбільш зручне положення дитини
Туалет залишку пуповини	
- Пуповинний залишок не треба накривати пов'язками або підгузниками . - За умови відсутності раннього контакту "шкіра до шкіри " матері і дитини та подальшого відокремлення від матері з метою профілактики колонізації госпітальною флорою рекомендується обробка пуповинного залишку та пуповинної ранки розчином діамантового зеленого. - При забрудненні пуповинного залишку (залишки сечі, випорожнень тощо) необхідно відразу промити пуповинний залишок теплою кип'яченою водою з милом та ретельно просушити його чистою пелюшкою або серветкою. - Необхідно підтримувати пуповинний залишок завжди сухим та чистим. - Спостерігати за імовірними ознаками інфекції.	Нема необхідності обробляти пуповинний залишок антисептиками та антибактеріальними засобами за умови забезпечення раннього контакту матері і дитини "шкіра-до-шкіри" з подальшим спільним перебуванням **За наказом № 152 від 04.04.2005 «Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною»**
Туалет пупкової ранки	
5.Розведи краї пупкової ранки вказівним і великим пальцями лівої руки	Забезпечення максимального доступу до пупкової ранки
6. Набері декілька крапель 3% розчину перекису водню, закапай 1 – 2 краплі 3% розчину перекису водню в пупкову ранку. Візьми індивідуальну паличку з ватною кулькою, видали «піну», що утворилася в пупковій ранці рухами з центра до периферії, кожен раз, виходячи на периферію, змінюючи паличку.	Забезпечення механічного очищення пупкової ранки Обробка рухами з центру до периферії попереджує занесення інфекції до пупкової ранки
7. Зберігаючі розтянутими краї пупкової ранки, закапати 1 - 2 краплі 70% етилового	Забезпечення дезінфікуючого і підсушуючого ефекту

спирту в пупкову ранку. Почекай, доки спирт випариться.	
8.Обробити (по необхідності) пупкову ранку (не доторкуючись до шкіри навколо пупкового кільця) 5 % розчином перманаганату калію за допомогою індивідуальної ватної палички	Забезпечення дезінфікуючого і підсушуючого ефекту 5% розчин перманганату калію може викликати опік шкіри
9. Сповити дитину і покласти в ліжко	Забезпечення безпеки дитини
10. Забрати пелюшку зі сповивального столика і покласти її в мішок для брудної білизни. Протерти робочу поверхню сповивального столика дезрозчином. Зняти рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

"ПРОВОДИТИ ТУАЛЕТ НОСОВИХ ХОДІВ"

1.ПФ.С.24.ПП.Н.04.02

Оснащення: Вата, стерильне вазелінове масло або рослинна олія, рушник, мило

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз 'яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Приготувати з вати джгутики для кожного носового ходу	Забезпечення інфекційної безпеки
5. Змочити ватні турунди у стерильному вазеліновому маслі. Зафіксувати лівою рукою голівку і носик дитини, а правою рукою обертальними рухами ввести джгутик у носовий хід на 1 – 1,5 см і відразу обережно вивести його. Повторити такі дії декілька разів.	Забезпечення профілактики пошкодження слизових оболонок. Забороняється прочищати носові ходи твердими предметами (сірниками, паличками з ватними кульками)

6. Повтори маніпуляцію для другого носового ходу, використовуючи окремі джгутики.	Забезпечення інфекційної безпеки
7. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
8.В умовах стаціонару після виконання маніпуляції зроби відмітку в листку призначень	Забезпечення передачі інформації

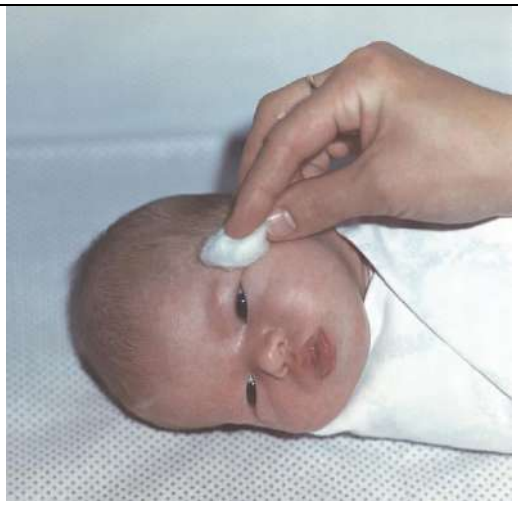
АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

"ПРОВОДИТИ ТУАЛЕТ ОЧЕЙ"

1.ПФ.С.24.ПП.Н.05.01

Оснащення: Стерильні ватні кульки, розчин фурациліну 1 : 5000 або слабко – рожевий розчин перманганату калію , відвар ромашки, перекип'ячена вода, рушник, мило

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз 'яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Візьми стерильну ватну кульку, змочи в одному з розчинів (перевареною водою, розчином фурациліну 1 : 5000, слабко – рожевим розчином фурациліну).	Забезпечення дезінфекції в разі запалення ока
5. Промий кожне око окремою ватною кулькою від зовнішнього кута ока до перенісся. При необхідності повтори декілька разів, після кожного руху змінюючи ватну кульку. Осуши око сухою стерильною ватною кулькою. Для кожного ока використовуй окремі ватні кульки.	Запобігання перенесенню інфекції з одного ока на друге

	
6. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
7.Після виконання маніпуляції в умовах стаціонару зроби відмітку в листку призначень	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ПРОВОДИТИ ТУАЛЕТ ВУХ”

1.ПФ.С.24.ПП.Н.06.02

Оснащення: Стерильна вата, мило, рушник

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Приготуй зі стерильної вати джгутики для кожного вуха.	Не використовуй палички, сірники, та металеві стержні.
5. Повернути голову дитини вбік (при туалеті правого вуха – на лівий, лівого вуха – на правий). Лівою рукою відтягни вушну раковину назад і вгору .	Забезпечення випрямлення зовнішнього слухового проходу.
6. Зафіксувати лівою рукою голівку дитини, а правою – обертальними рухами ввести джгутик у зовнішній слуховий прохід і відразу ж обережно вивести його. При необхідності повтори декілька разів, кожен раз змінюючи ватний джгутик. Кожне вухо оброби окремим джгутиком.	Забезпечення видалення сірки

7. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
8.Зроби відмітку у листку призначень про виконання процедури в умовах стаціонару	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПРОВОДИТИ ГІГІЄНІЧНУ ВАННУ

1.ПФ.С.24.ПП.Н.07.01

Оснащення : Ванночка (краще емальована), водний термометр, емальована кружка або глечик, дитяче мило, пелюшка, простирадло, чистий одяг, охолоджена та гаряча переварена вода, махрова рукавичка, стерильна рослинна олія або дитяча присипка, гумові рукавички, 3% розчин хлораміну, мішок для брудної білизни

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз'яснити матері мету і хід проведення процедури	Забезпечення правильного щоденного догляду за дитиною
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Поставити ванночку в стійке положення	Забезпечення безпеки проведення процедури
4.Вимити і висушити руки,надягти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
5.Обробити внутрішню поверхню ванночки дезрозчином. Вимити ванночку щіткою , облити окропом	Забезпечення інфекційної безпеки
6.Протерти сповивальний столик дезрозчином і покласти на нього пелюшку	Забезпечення інфекційної безпеки Створення комфортних умов для дитини
7.Покласти на дно ванночки чисту пелюшку, складену в декілька шарів. У перші місяці життя дитину можна занурювати у воду в пелюшці	Створення комфортних умов для дитини
8.Покласти в ванночку водний термометр. Наповнити ванну водою на ½ або на 2/3 , температура води 36 – 37*С, температура повітря 22 –24*С (спочатку налити холодну , а потім гарячу воду)	Профілактика опіків у дитини Забезпечення безпеки дитини Виключення утворення водяної пари
9. Набрати з ванни воду в глечикабо кружку для ополіскування дитини	За час купання вода в глечику вистигає на 1-2*С і забезпечує загартовуючий ефект
10. Роздягнути дитину, викинути брудний одяг в мішок для використаної білизни	Підготовка дитини до процедури Попередження забруднення навколишнього середовища
11.Взяти дитину на руки, підтримуючи лівою рукою спину і потилицю, правою – сідниці і стегна	Найбільш зручна фіксація дитини
12.Повільно занурити дитину в воду	Забезпечується максимальне розслаблення

(спочатку ножки і сідниці, потім – верхню половину тулуба). Вода повинна доходити до лініїї сосків дитини, верхня частина грудної клітки залишається відкритою. Звільнити праву руку, продовжуючи лівою підтримувати голову і верхню половину тулуба дитини	м'язів Виключення перегрівання дитини Найбільш зручна фіксація дитини при проведенні процедури Попереджується потрапляння води до слухових ходів дитини
13.Надягнути на вільну руку «рукавичку» (при необхідності намилити її дитячим милом) і мити дитину в слідуючій послідовності: голова(від лоба до потилиці), шия, тулуб, кінцівки. В останню чергу миють статеві органи та міжсідничну складку.	Виключення травмування шкіри Попередженняпопадання води і мила в очі, вуха Попередження переноса інфекції з найбільш забруднених ділянок шкіри на інші її поверхні
14.Зняти «рукавичку». Трохи підняти дитину над водою. Перегорнути дитину обличчям донизу. Облити дитину чистою водою з глечика	Забезпечення інфекційної безпеки Зменьшення вірогідності потрапляння води в очі і вуха Забезпечення загартовуючого ефекту
15.Загорнути дитину в простирадло, покласти на сповивальний столик. Просушити шкіру обережними промокуючими рухами, не розтираючи її	Попередження переохолодження Забезпечення безпеки дитини Попередження появи подразнення шкіри дитини
16.Обробити природні складки шкіри стерильною рослинною олією або дитячою присипкою	Попередження появи попрілостей

17. Одягнути або сповити дитину і покласти в ліжко	Забезпечення комфортного стану дитини
18.Пелюшку з сповивального столика і «рукавичку» покласти в мішок для брудної білизни. Злити воду з ванночки та облити її водою. Зняти рукавички , вимити та висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки

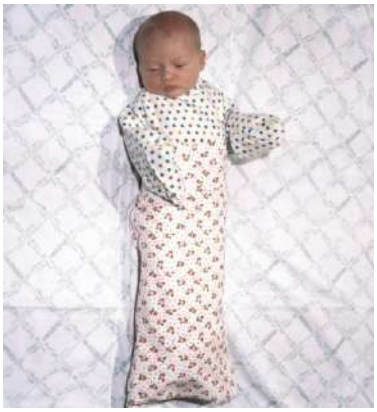
АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
ПРОВОДИТИ СПОВИВАННЯ РІЗНИМИ МЕТОДАМИ

Оснащення: Тонка і тепла сорочечки, фланелева і тонка пелюшки, підгузник, рушник, сповивальний стіл, гумові рукавички, емність з дезрозчином.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз’яснити матері мету і етапність сповивання	Забезпечення правильного щоденного догляду за дитиною Попередження порушень розвитку кістково – м’язової системи при використовуванні вільного сповивання
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Вимити і висушити руки, одягти рукавички 4.Обробити сповивальний столик дезінфікуючим розчином	Забезпечення інфекційної безпеки
5.Покласти на сповивальний стіл пелюшки одна на одну (знизу догори: фланелева пелюшка – тонка пелюшка – підгузник). Підготувати сорочечки	Забезпечення чіткості проведення сповивання
6.Розповити дитину в ліжку (при необхідності підмити і висушити чистим рушником), покласти на	Забезпечення проведення процедури

сповивальний столик	
7.Одягнути на дитину тонку сорочечку розрізом назад, потім фланелеву розрізом вперед	Запобігання охолодження грудної клітки
8.Заповити підгузник. Для цього: а)покласти дитину на пелюшки так, щоб широка основа підгузника знаходилась на ділянці попереку, б)провести нижній кут пелюшки міжніжками дитини, в)обгорнути вільними кінцями пелюшки навколо тіла дитини	Попередження забруднення значних ділянок тіла

9.Загорнути дитину в тонку пелюшку з вільними верхніми кінцівками: а)розташувати дитину на тонкій пелюшці таким чином, щоб верхній її край був на рівні пахви, б)один край пелюшки провести між ніжками дитини, в)іншим краєм пелюшки обгорнути дитину, г)підгорнути нижній край пелюшки, лишаючи простір для вільних рухів і обгорнути ним тіло дитини, д)зафіксувати пелюшку, розташовуючи фіксований край зпереду 10.Заповити дитину в теплу пелюшку , фіксуючи верхні кінцівки за необхідністю: а)розташувати дитину на фланелевій пелюшці так, щоб її верхній край досягав рівня козелка, б)одним краєм пелюшки зафіксувати плечо	Реалізація використання метода вільного сповивання Профілактика попрілостей Зберігання можливості здійснювати рухи кінцівками Забезпечення комфортних умов існування Запобігання переохолодження дитини Запобігання виникнення « декольте» при сповиванні Реалізація метода вільного сповивання Фіксація кінцівок дитини Забезпечення комфортних умов існування

відповідної сторони, передню частину тулуба і пахвинну ділянку іншої сторони, в)іншим краєм пелюшки накрити і зафіксувати друге плечо, г)підгорнути нижній край пелюшки таким чином, щоб лишився простір для вільного руху кінцівок дитини,) зафіксувати пелюшку на рівні середини плеч (вище ліктьових суглобів), фіксований край розташувати попереду. 	
11.Покласти дитину в ліжко	Забезпечення безпеки дитини
12.Протерти робочу поверхню сповивального столика дезрозчином 13.Зняти рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ЗВАЖУВАТИ ДИТИНУ

1.ПФ.С.24.ПП.О.09.01

Оснащення: гумові рукавички, ємність з дезінфікуючим розчином, ваги, пелюшка, серветки, 1% розчин хлораміну

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Встанови ваги на нерухомій поверхні у горизонтальному положенні. Всі гирі постав на нульовій позначці. Відкрий затвір, відрегулюй ваги. Закрий затвір.	Забезпечення достовірности результатів обстеження
2. Покласти на лоток складену в декілька шарів пелюшку (слідкувати, щоб вона не прикривала шкалу і не заважала)	Створення комфортних умов для дитини
3.Урівноважити ваги за допомогою важка.	Зважування пелюшки
4. Покласти дитину на ваги так, щоб голова дитини находилась на широкій частині вагів, а кінцівки – на вузький.	Забезпечення достовірності результатів обстеження
5.Відкрий затвір те перемісти важок спочатку на нижній панелі, а потім урівноваж за допомогою важка на верхній панелі	Забезпечення правильності зважування і отримання результатів
6. Закрий затвір, зніми дитину з вагів. Віддай матері	Збереження правильного регулювання вагів
7.Записати показники маси тіла дитини (фіксуються цифри зліва від краю важків)	Забезпечення передачі інформації
8. Забрати пелюшку з вагів. Протерти робочу поверхню вагів дезрозчином 1% хлораміну. Зняти рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ВИМІРЮВАТИ ЗРІСТ

1.ПФ.С.24.ПП.О.10.01

Оснащення:

гумові рукавички, ємність з дезінфікуючим розчином, горизонтальний зрістомір, пелюшка, серветки, дезрозчин

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз ‘яснити матері мету і хід обстеження, отримати згоду матері	Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості процедури
3.Вимити , висушити руки, одягнути рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4.Встановити горизонтальний зрістомір на столі шкалою до себе. Основу зрістоміра накрий пелюшкою	Забезпечення інфекційної безпеки

5.Поклади дитину так, щоб маківка голови щільно торкалася нерухомої частини зрістоміру. Розправ ніжки легким натискуванням руки на коліна. Підведи рухому планку до підошов.Визнач зріст на шкалі зрістоміра в см.	Забезпечення достовірності результатів обстеження
6.Забрати дитину зі зрістоміра	Забезпечення безпеки дитини
7.Забрати пелюшку зі зрістоміру. Знезараж зрістомір дезрозчином.	Забезпечення інфекційної безпеки

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ВИМІРЮВАТИ ОБВІД ГОЛОВИ, ГРУДНОЇ КЛІТКИ

1.ПФ.С.24.ПП.О.11.01

Оснащення: гумові рукавички, емність з дезінфікуючим розчином, сантиметрова стрічка, пелюшка, 70% етиловий спирт, серветки

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз ‘яснити матері мету і хід обстеження, отримати згоду матері	Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості процедури
3.Вимити , висушити руки, одягнути рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4.Покласти дитину на сповивальний стіл	Забезпечення комфортних умов для дитини
5.Накласти сантиметрову стрічку на голову дитини по орієнтірам: а)ззаду – на потиличний горб, б)зпереду – на лоб дитині на рівні надбровних дуг	Забезпечення достовірності результатів обстеження
6.Визначити показники окружності голови, записати результат	Забезпечення передачі інформації
7.Накласти сантиметрову стрічку на грудну клітку по орієнтірам: а)ззаду – на рівні нижніх кутів лопаток, б)зпереду – на рівні сосків	Забезпечення достовірності результатів обстеження
8. Вимити, висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
9.Визначити показники окружності грудної клітки, записати результат	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“РОЗРОБЛЯТИ РЕКОМЕНДАЦІЇ ПО РАЦІОНАЛЬНОМУ ВИГОДОВУВАННЮ ”

4.ПФ.С.01.ПР.Р.06.01

Оснащення:

Суміші для догодовування, страви для підгодовування, чайна ложечка, тарілка, чашка, пелюшка, серветки, перекип'ячена вода .

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
Розрахунок добової і разової кількості їжі	
1. Розрахуйте добову кількість їжі дітям першого року життя, проводьте об'ємний або калорійний (енергетичний) методи. Для доношених новонароджених перших 10 днів життя добову кількість їжі розраховуйте за допомогою формули Фінкельштейна : (70 х п) або (80 х п) , де п – кількість днів життя дитини, коефіцієнт 70 - якщо маса тіла дитини при народженні менше ніж 3200 г; коефіцієнт 80 – якщо більше ніж 3200 г.	Для недоношених дітей перших 10 днів життя добову кількість їжі розраховуйте за формулою Зайцевої: (2% від М х п), де М – маса тіла при народженні, п – кількість днів. Недоношену дитину з масою тіла менше ніж 2000 г годуйте 8 – 10 разів на добу.
2. З 10 – ї доби життя до 2 місяців добова кількість їжі дорівнює 1/5 маси тіла; З 2 до 4 міс – 1/6; З 4 до 6 міс – 1/7; З 6 до 9 міс – 1/8. Об'єм їжі не повинен перевищувати 1 л.	Об'ємний метод.
3. На 1 кг маси тіла дитина повинна отримувати: Перші 3 місяці – 120 ккал на добу ; 3 – 6 міс – 115 ккал на добу; 6 – 9 міс - 110 ккал на добу; 9 – 12 міс – 100 ккал на добу. 1 л жіночого молока в середньому містить 700 ккал, тому розраховуйте добову потребу в молоці (х) так: 1000 мл – 700 ккал Х мл – кількість ккал, яка необхідна дитині.	Калорійний метод.
4. Розрахуйте разову дозу їжі. Для цього добову потребу в їжі поділіть на кількість годувань. Разова доза їжі не повинна перевищувати 200 мл.	Новонароджену дитину необхідно годувати 7 разів на добу (кожні 3 години з 6 – год. нічною перервою). 6 – 9 – 12 – 15 – 18 – 21 – 24
5. При грудному вигодовуванні практикуйте вигодовування дитини за її потребою, а не за розкладом.	Вільний режим годування груддю найкращий стимул для лактації.
6. Для корекції вмісту в раціоні вітамінів та мікроелементів дитині дайте сік. Починайте давати з кількох крапель, поступово збільшуючи кількість соку і за 5 – 7 діб доведіть до необхідного об'єму.	Сік дитині введіть після 3 місяців. Добову кількість соку краще давати в декілька приймань.
7. З 2- місячного віку до введення підгодовування дитину годують 6 разів на добу (кожні 3,5 години). Після введення підгодовування дитину годують 5 разів на добу (кожні 4 години).	6 – 9.30 – 13 – 16.30 – 20 – 23.30 6 – 10 – 14 – 18 - 22
Введення догодовування	
1.Роз 'яснити матері мету і хід догодовування, отримати згоду матері. Догодовування призначають при недостатній кількості молока в матері та неефективності заходів профілактики гіпогалактії, дитину переводять на змішане вигодовування.	Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості процедури
3.Вимити , висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
4.Провести дитині контролююче зважування. Контролююче зважування проводьте кілька разів, визначте середнє значення.	Визначення кількості висмоктаного молока з груді матері.

5. Визначить необхідну кількість молочної суміші для догодовування.	Забезпечення достовірності результатів обстеження
6. Догодовування молочною сумішшю дайте тільки після годування грудьми, щоб дитина не відмовлялася від грудного молока, втамувавши голод солодкою сумішшю.	Діти звикають отримувати їжу без особливих зусиль із пляшечки через соску, часто починають менш охоче смоктати груди, що посилює гіпогалактію, а потім зумовлює і повну відмову дитини від грудей.
7. Залежно від кількості молока в матері догодовування дайте після кожного годування грудьми або після деяких годувань.	Навіть при невеликій кількості грудного молока в матері необхідно якомога довше зберегти його в раціоні дитини.
8. Краще давати догодовування з ложечки. Безпосередньо перед годуванням суміш підігрівайте на водяній бані до температури 37* - 40*С. Молочна суміш для догодовування не повинна бути занадто холодною або гарячою.	Забезпечення безпеки , комфортних умов дитини
8. Вимити, висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки
9. Про проведення контрольного зважування та введення догодовування дитині зробіть відмітку в «Історії розвитку дитини» (форма №112/о)	Забезпечення передачі інформації
Введення підгодовування	
10. Перше підгодовування дітям вводьте у 6 – місячному віці. Підгодовування необхідне для задоволення зростаючих потреб організму дитини в білках, жирах, вуглеводах, вітамінах та для забезпечення функції жувального апарату.	Підгодовування вводять усім здоровим дітям, незважаючи на достатню кількість молока в матері.
11. Перша страва для підгодовування – овочеве пюре або 5% молочна каша. Підгодовування вводьте поступово, починаючи з 1 – 2 чайних ложок, перед грудним вигодовуванням (краще другим).	Дітям із нормальною масою тіла, при анемії, рахіті, паратрофії, алергійному діатезі першим підгодовуванням є овочеве пюре. Дітям із дефіцитом маси тіла першим підгодовуванням є 5% молочна каша.
12. Друге підгодовування вводьте після введення першого, коли дитина адаптується до нього. Для другого підгодовування використовуйте 5% молочну кашу або овочеве пюре, залежно від страви для першого підгодовування. Через 7 – 10 діб 5% кашу на половинному молоці замініть на кашу на незбираному молоці, а ще через тиждень чергуйте рисову, гречану, вівсяну, манну кашу. Через місяць дитині дайте 10% кашу.	Поступово збільшуйте кількість підгодовувань і (за 7 днів) доведіть до повного об’єму, замінюючи повністю одне годування груддю або сумішшю.
13. Енергетичну цінність страв для підгодовування збільшуйте за рахунок введення м’ясного бульйону та мясного пюре. Дітям бульйон та мясне пюре уводьте у 6 міс. Дітям першого року життя кількість бульйону становить 30 – 50 мл, кількість пюре – 30 – 50 г. З 8 – місячного віку вводьте фрикадельку, з 10 місяців – парову котлету.	Не вводьте одночасно дві нові страви для підгодовування. Не слід давати одну й ту саму страву двічі на добу.
14. Третє підгодовування вводьте у 8 місячному віці Третє грудне вигодовування замініть на незбираний кефір.	Третє підгодовування краще давати на ніч (останнє годування).
15. Пам’ятайте:	Правила введення підгодовування.

- підгодовування вводять тільки здоровим дітям; - підгодовування дають перед годуванням груддю; - страви для підгодовування вводять поступово, починаючи з малих доз; - страви для підгодовування дають з ложечки, вони повинні бути гомогенними.	
16. Про введення підгодовування дитині зробіть відмітку в «Історії розвитку дитини» (форма №112/о)	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

"ПРОВОДИТИ ІНГАЛЯЦІЇ "

1.ПФ.С.21.ПП.Н.12.02

Оснащення:

Паровий інгалятор, протинабрякова суміш : **1 мл 5 % розчину ефедрину гідрохлориду, 1 мл 0,1 % розчину адреналіну гідрохлориду, 0,3 мл 0, 1% розчину атропіну сульфату, 1 мл 2% розчину супрастину, 1 мл 2,5% розчину піпольфену, 25 мг гідрокортизону, 2 мг хімотрипсину в 1 мл розчину, ізотонічного розчину натрію хлориду до 15 мл.** Розчин відвару відхаркуючих трав: ромашки, мати – й мачухи, безсмертника, евкаліпта, подорожника, первоцвіту, фіалки, квіток липи. Склянка з содою, склянка з кип'яченою водою.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками.
2. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки
3. В теплому світлому приміщенні посадити дитину на руки матері перед паровим інгалятором. Інгаляцію протинабряковою сумішшю можна проводити з парового інгалятора або через прилад Махольда дітям старшого віку.	Створення комфортних умов для дитини.
Застосування парового інгалятора	
1. Відвари трав з 1 чайною ложкою соди або лікарські препарати у вигляді протинабрякової суміші залити в склянку, яка розташовується на бічному штативі інгалятора.	Забезпечується подавання певного розчину в організм дитини.
2. Склянку закрити кришкою з отвором. Відкрити кришку інгалятора і металевого внутрішнього стаканчика. Наповнити металевий стаканчик водою до мітки і закрити його кришкою. Насадити один кінець поліетиленової трубки на штур металевого стаканчика, другий кінець – пропустити через отвір в кришці бічної склянки з ліками.	Підготування апарата до роботи. Завдяки цьому ліки змішуються з парами води.
3. Закрити кришку інгалятора і насадити трубки для отримання і виділення пару з ліками. Включити інгалятор, чекати виділення пару.	Перевірити готовність інгалятора до роботи.
4. Дитина дихає паром, проводити інгаляцію до 10 хвилин. При гострому стенозуючому ларингіті проводити інгаляцію 4 – 8 разів на добу.	Забезпечується певна тривалість процедури.
Застосування препаратів інгаляційним способом через прилад Махольда	
1. Влити в лійкоподібний кінець трубки приладу Махольда 2 мл препаратів протинабрякової суміші. Покласти нижню частину приладу в кружку з теплою водою.	Підготування апарата до роботи.

2. Хворому взяти в рот трубку приладу і зробити вдих ротом, втягуючи повітря через прилад. Видихати повітря треба носом в бік.	Забезпечується подавання певного розчину в організм дитини
3. Проводити інгаляцію до 5 хвилин. Прилад після використання промити і продезинфікувати 70* спиртом.	Забезпечується певна тривалість процедури.
4. Одягнути дитину, покласти в ліжко.	Створення комфортних умов дитині.
5. Зняти рукавички, вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки.
6. Записати про проведену процедуру в лист призначень .	Забезпечення передачі інформації.

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
“ПРОВОДИТИ ВОДОЛІКУВАННЯ”

Оснащення: сповивальний столик, пелюшки, дитяча ванна, комплект дитячого одягу, водний термометр, гаряча і холодна вода, дитяче мило, щітка для миття ванни, стерильна олія, емальована кружка або глечик, морська сіль – 50 -100 г, хвойний екстракт – 1 – 2 г, крохмаль – 5 – 10 г, відвар трав.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Роз’яснити матері мету і хід проведення процедури	Забезпечення правильного щоденного догляду за дитиною
2. Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості і швидкості виконання процедури
3. Вимити і осушити руки, нігті повинні бути коротко підстрижені, зняти прикраси.	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Обробити сповивальний столік дезинфікуючим розчином і застелити його ковдрою та теплою пелюшкою	Забезпечення безпеки дитини
5. Медпрацівник одягає халат, шапочку, поліетиленовий фартух і обробляє його 0,2% розчином дезактину з мийною речовиною.	Забезпечення безпеки медпрацівника
6. Дитячу ванночку помити під гарячою проточною водою дитячим милом з щіткою, після чого облити її окропом або обробити ванночку 0,2% розчином дезактину і змити гарячою водою. На дно ванночки покласти пелюшку і водний термометр. Заливати воду спочатку холодну, а потім гарячу. Температура води 37*С. Підняти головний кінець ванночки на 10 – 15 см, на цьому кінці покласти пелюшку, яка складена в 8 разів.	Підготовка обладнання, предметів догляду.
7. Визначити вид лікувальної ванни, яку проводять. А) гаряча лікувальна ванна; Б) ванна з розчином калію перманганату ; В) гірчична ванна; Г) крохмальна ванна; Д) сольова ванна; Е) хвойна ванна; Ж) ванна при лікуванні рахіту; З) ванна при лікуванні екземи, мокнуття.	Вид лікувальних ванн залежить від захворювання і стану дитини (захворювання шкіри, дихальної системи, рахіт, вегетосудинна дистонія, алергійний діатез).

8.Приготувати ванну. <u>Гаряча лікувальна ванна</u> Приготуйте ванну з водою температури 37*С. дитину обережно занурте у воду, підтримуйте правою рукою її голівку над водою. У ножний кінець ванни обережно підлийте гарячу воду, доведіть її до температури 38,5 – 39*С. Дитину обережно вийміть із ванни , просушіть шкіру. Сповийте в теплі пелюшки. Дайте пити, до ніг прикладіть грілку.	Тривалість ванни – 2 – 5 хв., на один курс лікування призначають 4 – 6 ванн.
<u>Ванна з розчином калію перманганату</u> Додайте у воду 5% розчин калію перманганату до блідо – рожевого забарвлення води. Не можна безпосередньо у ванну додавати кристалики калію перманганату. Ванну проведіть за загальноприйнятою методикою.	Тривалість ванни – 5 – 10 хв., курс лікування – 6 – 8 ванн через добу.
<u>Гірчична ванна</u> У воду додайте розведену гірчицю (із розрахунку 50 г на відро води, її розчиніть в 1 л теплої води). Перемішайте. Щоб дитина не дихала випаровуваннями гірчиці, ванну накрийте простирадлом, залишивши відкритою тільки голівку дитини. Гірчичні ванни не призначають при алергійних захворюваннях. Облийте дитину чистою водою температури 37*С, обсушіть шкіру, сповийте в теплі пелюшки.	Тривалість ванни – 5 – 8 хв., на один курс лікування призначають 6 – 8 ванн через добу.
<u>Крохмальна ванна</u> Розведіть крохмаль у невеликій кількості холодної води (із розрахунку 3 - 10 г на 10 л води), ретельно перемішайте, додайте в окріп і зварити, вилийте у ванну. Проведіть ванну за загальноприйнятою методикою.	Тривалість ванни – 8 – 10 хв., на один курс лікування призначають 8 – 10 ванн через добу.
<u>Сольова ванна</u> Підготуйте 50 – 100 г морської або повареної солі на 10 л води. У воду занурте сіль у марлевому мішочку. Проведіть ванну за загальноприйнятою методикою.	Тривалість ванни – 3 – 5 хв., на один курс лікування призначають 15 – 20 ванн .
<u>Хвойна ванна</u> Приготуйте ванну із розрахунку 10 мл (1 г) хвойного екстракту на 10 л води. Ванну проведіть за загальноприйнятою методикою.	Тривалість ванни – 5 – 7 хв., курс лікування - 15 – 20 ванн
<u>Ванна при лікуванні рахіту</u> Взяти суміш трав за рецептом: Пшеничних висівок – 1 кг Пророслих зерен жита – 200 г Кореня аїру – 1 кг Дубової кори – 200 г Трави чебрецю – 200 г Кори верби – 100 г Листків волоського горіха – 200 г Трави череди – 200 г Соснових пагонів – 1 кг Все це залити 10 л води, варити у закритій посудині півгодини. Коли прохолоне, проціджують і додають до ванни.	Тривалість ванни поступово збільшують, від 5 до 15 хвилин за 10 днів.
<u>Ванна при лікуванні екземи, мокнуття</u> Взяти суміш трав за рецептом: Квіток ромашки – 3 столові ложки Соснової хвої – 15 столових ложок Пшеничних висівок – 500 г Пророслих зерен жита – 250 г Кореня лопуха, трави череди, кореня аїру – по 10 столових ложок кожного компоненту	Тривалість ванни поступово збільшують, від 5 до 15 хвилин за 10 днів.

Дубової кори , листків і вершків стебел шавлії, коренів медунки, листків смородини, трави чебрецю – по 5 столових ложок кожного компоненту. Все це залити 10 л води, варити у закритій посудині півгодини. Коли прохолоне, проціджують і додають до ванни.	
Температура води в ванні - 37 *С, взяти дитину на руки, роздягнути її; підтримуючи голівку, повільно опустити дитину у воду – спочатку ноги, потім тулуб, голову тримати на одній руці. Нагріти пелюшку заздалегідь, після ванни дитину обгорнути теплою пелюшкою і покласти на сповивальний столик. Обсушити шкіру дитини, змастити складки стерильною олією, одягнути дитину. 	Загальноприйнята методика проведення ванни.
10. Через 2 години після проведення ванни дитину обов'язково переодягнути.	Запобігання переохолодженню дитини внаслідок потовиділення.
11. Продезінфікувати водний термометр, ванну. Вимити і висушити руки, зняти рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
12. Про проведення ванни зробити відмітку в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

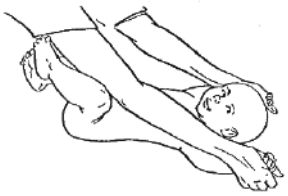
"ПРОВОДИТИ МАСАЖ"

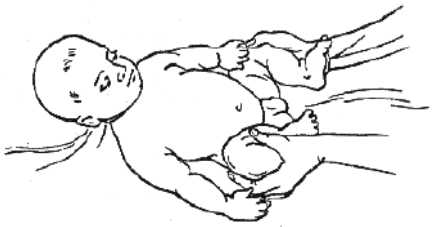
1.ПФ.С.22.ПП.Н.39.03

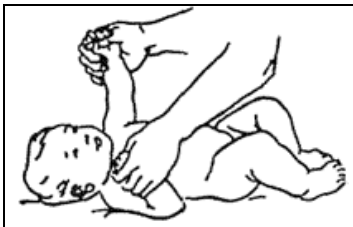
Оснащення: спеціальний стіл (заввишки 72-75 см, завширшки 70-80 см), ковдра, пелюшка

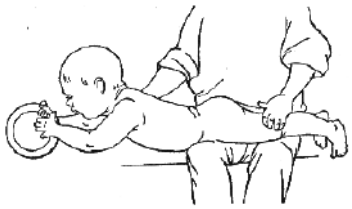
ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Роз'яснити матері мету і хід проведення процедури	Забезпечення правильного щоденного догляду за дитиною
2. Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості і швидкості виконання процедури
3. Вимити і осушити руки, нігті повинні бути коротко підстрижені, зняти прикраси.	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Обробити сповивальний столік дезинфікуючим розчином і застелити його ковдрою та пелюшкою	Забезпечення безпеки дитини
5. Роздягнути дитину і покласти на сповивальний стіл	Підготовка дитини до процедури Найбільш зручне положення дитини.

6. Якщо вік дитини коливається в межах 1-3 місяці, комплекс елементів масажу включає до себе: ▪ масаж рук за током лімфи (погладжування), ▪ масаж живота (погладжування) ▪ масаж ніг (погладжування) ▪ рефлекторне розгинання хребта, ▪ масаж спини (погладжування) ▪ погладжування і розтирання пальців, вправи для стопи ▪ потанцьовування, ▪ рефлекторне повзання на животі Тривалість масажу 5-6 хв.	Погладжування – це лігкі, ковзаючі рухи долонями або тильним боком кисті. Погладжування заспокоює нервову систему, знімає біль, викликає розслаблення м’язів розширює судини шкіри.
7. Якщо вік дитини коливається в межах 3-4 місяці комплекс елементів масажу включає до себе: ▪ масаж рук (погладжування, розтирання),	Розтирання – це більш інтенсивне натискування руками, ніж погладжування, воно діє не тільки на шкіру, але і на м’язи, суглоби,

 ▪ схрещування рук на грудях, ▪ масаж грудної клітки, ▪ масаж живота (долонню за годинниковою стрілкою) ▪ масаж ніг ▪ поворот зі спини на живіт ▪ масаж спини ▪ положення “плавця” ▪ масаж стоп ▪ потанцьовування Закінчити комплекс погладжуванням. Тривалість масажу 8-10 хв.	сухожилки
8. Якщо вік дитини коливається в межах 4-6 місяців комплекс елементів масажу включає до себе: ▪ масаж рук (погладжування, розтирання, розминання) ▪ схрещування рук на грудях ▪ масаж грудної клітки ▪ масаж живота ▪ масаж ніг	Розминання – це більш інтенсивне натискувананя руками, ніж погладжування, воно діє не тільки на шкіру, але і на м’язи суглоби сухожилки

 ▪ ковзаючи кроки ▪ згинання і розгинання ніг  ▪ масаж спини ▪ “бокс” ▪ піднімання тулуба за відведені руки ▪ поворот на живіт при підтримці за руку ▪ переступання при підтримці під пахви ▪ погладжуючий масаж Тривалість масажу 8-10 хв.	
9. Якщо вік дитини коливається в межах 6-10 місяців, комплекс елементів масажу включає до себе: ▪ масаж рук (всі прийоми) ▪ схрещування рук на грудях ▪ “бокс”	Постукування проводять тильною поверхню одного пальця, потім двома і більшою кількістю пальців. Воно здійснює в основному рефлекторну дію, поліпшує живлення глибоких м’язів.

 ▪ масаж грудної клітки ▪ повороти праворуч, ліворуч без підтримки за руку, ▪ масаж живота ▪ масаж ніг ▪ згинання і розгинання ніг ▪ підведення і випростання ніг ▪ піднімання з положення на спині при підтримці за руки ▪ масаж спини ▪ «паріння» ▪ присідання при підтримці за одну руку поперемінно ▪ пересування при підтримці за кисті ▪ масаж стоп ▪ повзання Тривалість масажу 8-10 хв.	
10. Якщо вік дитини коливається в межах 10-12 місяців, комплекс елементів масажу включає до себе: ▪ кругові рухи руками з кільцями, ▪ масаж живота (всі прийоми),	Вібрація для масажу дітей застосовується рідко, тільки для дітей із надмірною масою. Вона діє рефлекторно

▪ підведення випростаних ніг, ▪ сідання з лежачого положення з фіксацією гомілок, ▪ масаж спини ▪ згинання і розгинання стоячи, з кільцями  нахили і випрямлення тулуба , ▪ ходіння, ▪ присідання при підтримці за руки. ▪ бокові згинання тулуба, ▪ ходіння за каталкою або при пітримці за палку	на внутрішні органи, посилює обмін речовин.

Тривалість заняття 8-10 хв.	
11. Одягнути дитину	Забезпечення комфортного стану
12. Забрати пелюшку зі сповивального століка та покласти в мішок для брудної білизни.	Забезпечення інфекційної безпеки
13. Протерти робочу поверхню сповивального столика дезрозчином.	Забезпечення інфекційної безпеки
14. Вимити і осушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

"ПРОВОДИТИ ПРОФІЛАКТИКУ ЗАХВОРЮВАНЬ НОВОНАРОДЖЕНИХ"

2.ПФ.С.34.ПП.О.492.01

Оснащення: стерильні одноразові гумові рукавички в упаковці, стерильний лоток, ватні кульки, 70% етиловий спирт, одноразовий скарифікатор, паперовий одноразовий бланк, штатив з пробірками, вакцина проти гепатиту В, одноразові стерильні шприци ємністю 1,0 мл, вакцина БЦЖ, одноразові стерильні шприци ємністю 2,0 мл, вітамін К в ампулах.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися з матір'ю дитини, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури.	Встановлення контакту з батьками пацієнта.
2. Перевірити в історії розвитку новонародженого запис лікаря про стан здоров'я дитини, дозвіл на проведення щеплення і обстеження.	Забезпечення дотримання показань і протипоказань до щеплення.
3. В теплому світлому приміщенні процедурного кабінету роздягнути дитину і покласти її на сповивальний столик або на руки матері.	Створення комфортних умов для дитини.
2. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
Профілактика геморагічної хвороби новонародженої дитини	
Причиною виникнення геморагічної хвороби новонародженого є дефіцит К. Вітамін К призначається всім новонародженим з метою профілактики геморагічної хвороби. Профілактичне введення**:** Вітамін К 1,0 мг внутрішньом'язово водиться в першу добу після народження одноразово. При наявності пероральної форми вітаміну К рекомендується доза препарату 2 мг., яку вводять в першу та сьому добу життя	Наказ № 152 від 04.04.2005 ***«Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною»***
Вакцинація проти гепатиту В	
Вакцинації проти гепатиту В підлягають всі здорові новонароджені до виписки з пологового будинку. Новонародженим у 1 – шу добу життя вакцина вводиться в дозі 0,5 мл внутрішньом'язово, в передньобокову поверхню стегна (чотириглавий м'яз) .	Наказ № 152 від 04.04.2005 ***« Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною»***
Вакцинація проти туберкульозу	

Вакцинація проти туберкульозу проводиться всім новонародженим на 3 - 5-ту добу життя . Щеплення проводить спеціально підготовлений медичний персонал лікувально-профілактичних закладів. Вакцину БЦЖ застосовують внутрішньошкірно у дозі 0,05 мг (0,1 мл) у зовнішню поверхню лівого плеча між верхньою і середньою третиною.	Наказ № 152 від 04.04.2005 ***« Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною»***
Обстеження новонародженої дитини на фенілкетонурію	
Обстеження здійснюється всім новонародженим у віці 48-72 годин життя . Місцем пункції є латеральна поверхня п'яти від лінії, проведеної від проміжку між 4-м та 5-м пальцями та п'ятою новонародженого. Якщо пункцію буде проведено в місці проекції п'яточної кістки, можливе ушкодження окістя, що призведе до ускладнення – п'яточного остеомієліту. Місце пункції зігрівають протягом 3-5 хв., потім протирають тампоном, змоченим в 70% розчині спирту, після чого необхідно добре просушити це місце стерильним тампоном, щоб уникнути гемолізу. При заборі крові одноразовий скарифікатор необхідно направляти перпендикулярно до поверхні, глибина пункції не більше ніж 2,5 мм (виникає небезпека розвитку остеомієліту). Не допускається проведення масажу п'ятки (виникає небезпека гемолізу, промішування інтерстиціальної та внутрішньоклітинної рідини). Першу краплю крові витирають, потім прикладають бланк перпендикулярно наступній краплі крові та просочують бланк кров'ю наскрізь. Краплею крові насичується спеціальний бланк із паперу. Діаметр кров'яної плями повинен бути рівним діаметру кола на фільтрованому папері з насиченням кров'ю зворотного боку. Кров наноситься на папір безпосередньо з п'ятки. Дозволити крові просохнути на кімнатному повітрі в горизонтальному положенні протягом двох або більше годин. Не складати докупи вологі бланки. Уникати дії тепла і прямого сонячного світла. Захищати бланки від випадкового контакту з рідиною.	Фенілкетонурія – спадкове захворювання, зумовлене порушенням амінокислотного метаболізму, що веде до ураження насамперед центральної нервової системи. Хворі діти нерідко народжуються від здорових батьків, які є гетерозиготними носіями мутантного гена. Наказ № 152 від 04.04.2005 ***« Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною»***
Обстеження новонародженої дитини на вроджений гіпотиреоз	
Обстеження здійснюється всім новонародженим у віці 48-72 години життя до виписки з пологового будинку. Забрати кров з вени для визначення рівня ТСГ та гормонів щитовидної залози в сироватці	Вроджений гіпотиреоз (ВГТ) – група захворювань, що супроводжуються зниженою продукцією тиреоїдних гормонів. Наказ № 152 від 04.04.2005 ***« Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною»***

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

"ПРОВОДИТИ ПРОФІЛАКТИКУ ГІПОВІТАМІНОЗІВ, РАХІТУ"

2.СВ.Д.36.ПР.О.504.03

Оснащення:

0,125 % олійний розчин вітаміну Д; 0, 0625 % олійний розчин вітаміну Д, піпетка, драже ергокальциферолу по 1 000 МО , відеїн, відехол, медична документація.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на огляд дитини . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури, отримати згоду матері	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Вимити і висушити руки. 4. Обробити сповивальний столик дезінфікуючим розчином. 5. Покласти дитину на сповивальний столик на пелюшки для визначення доношеності після огляду , або не оглядаючи дитину - за даними історії розвитку дитини.	Забезпечення інфекційної безпеки Забезпечення проведення процедури
6. Визначити доношеність дитини, врахувати пору року, вік дитини.	Згідно за наказом № 9 від 10.01. 2005 р. «Протокол лікування та профілактики рахіту у дітей»
7. Визначити добову дозу вітаміну Д. Доношені здорові діти на 2 міс. життя – 500 МО Доношені здорові діти на 2, 6, 10 міс. – 2 000 МО	Щоденно протягом 3 років за виключенням трьох літніх місяців
8. Визначити добову дозу вітаміну Д. Недоношені діти 1 ступеня – 500 – 1 000 МО Недоношені діти 2 та 3 ступеня – 1000–2000 МО	Щоденно протягом перших 6 місяців життя. У подальшому по 2 000 МО на добу протягом місяця 2 – 3 рази на рік з інтервалами між ними 3 – 4 місяці.
9. Роз’яснити матері – як в подальшому проводити профілактику рахіту. Зробити відмітку в історії розвитку дитини.	Забезпечення передачі інформації
10. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки.

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ВИЗНАЧАТИ СТРОКИ НАГЛЯДУ ТА ІЗОЛЯЦІЇ ЗА КОНТАКТНИМИ У ВОГНИЩІ ЗАРАЗНИХ ШКІРНИХ, ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ”

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Визначити інфекційне захворювання,яким хворіє дитина.	Забезпечення інфекційної безпеки
4**. Скарлатина** . Кратність нагляду - перші 3 дні щоденно, потім на 7, 14, 21 день хвороби. Ізоляція – 22 дні для дітей до 8 років (12 днів для дітей після 8 років). Карантин для контактних – 7 днів.	Інкубаційний період – 2 – 7 днів. Термін появи ускладнень: септичні - 1– 2 тиждень, алергічні - 10 – 21 день
5. **Кір.** Кратність нагляду - щоденно протягом усього гострого періоду. Ізоляція - 5 днів від появи висипки. Карантин для контактних - щеплені 21 день, нещеплені 17 днів.	Інкубаційний період - щеплені 11 – 21, нещеплені - 9 – 17 днів. Термін появи ускладнень - 2– 5, 7 – 14 день.
6. **Червона висипка (краснуха)** . Кратність нагляду – за показаннями. Ізоляція - 5 днів від появи висипки.Карантину для контактних немає.	Інкубаційний період - 15 – 21 день. Термін появи ускладнень - 2– 5 день.

7**. Кашлюк.** Кратність нагляду – за показаннями. Ізоляція - 30 днів від початку хвороби. Карантин для контактних – 14 днів + бакдослідження.	Інкубаційний період - 4 – 14 днів. Термін появи ускладнень - 1 - 3 тиждень.
8.**Епідемічний паротит**. Кратність нагляду – за показаннями. Ізоляція - 9 днів від початку хвороби. Карантин для контактних - 21 день.	Інкубаційний період - 11 – 21 днів. Термін появи ускладнень - 7– 14 день хвороби.
9**. Вітряна віспа**. Кратність нагляду – за показаннями. Ізоляція - 5 днів від останньої висипки. Карантин для контактних - 21 день.	Інкубаційний період - 11 – 21 днів. Термін появи ускладнень - 2 – 10 день хвороби.
10**. Дифтерія**. Кратність нагляду – за показаннями. Ізоляція - до одужання і 2 кратного негативного бакдослідження. Карантин для контактних - 7 днів + бактеріологічне дослідження.	Інкубаційний період - 2 – 7 днів. Термін появи ускладнень – 1 – 2 тиждень.
11. **Менінгококова інфекція.** Кратність нагляду – за показаннями. Ізоляція - до одужання і 2 кратного негативного бакдослідження. Карантин для контактних – 10 днів + бакдослідження.	Інкубаційний період - 2 – 10 днів. Термін появи ускладнень – 1 – 3 тиждень.
12. **ГРВІ.** Кратність нагляду – за показаннями. Ізоляція - до клінічного одужання . Карантин для контактних – немає.	Інкубаційний період - від декількох годин до 15 днів.
13.**Поліомієліт.** Кратність нагляду – за показаннями. Ізоляція - на 21 день від початку хвороби. Карантин для контактних - 20 днів	Інкубаційний період - 3 – 35 днів.
14.**Гепатит А.** Кратність нагляду – за показаннями. Ізоляція – 21 день при легкому і 45 днів при тяжкому перебігу.	Інкубаційний період - 7 – 45 днів.
15.**Гепатит В.** Кратність нагляду – за показаннями. Ізоляція - 21 день при легкому і 45 днів при тяжкому перебігу. Карантин для контактних - немає .	Інкубаційний період - 14 – 60 днів.
16.**Дизентерія.** Кратність нагляду – за показаннями. Ізоляція – до клінічного одужання і 2 кратного негативного бакдослідження. Карантин для контактних - до негативного бакдослідження.	Інкубаційний період -від 1 – до 7 дня.
17.**Сальмонельоз.** Кратність нагляду – за показаннями. Ізоляція - до клінічного одужання і 2 кратного негативного бакдослідження. Карантин для контактних – до негативного бакдослідження.	Інкубаційний період - від 2 годин до 3 днів.

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ЗАСТОСОВУВАТИ ПРОТИСНІДНИЙ НАБІР ”

2.ПФ.Д.01.ПП.О.13.09

Оснащення: склад аптечки для індивідуального захисту медичного персоналу: стерильні одноразові гумові рукавички в упаковці, стерильні гумові ковпачки в упаковці, стерильна одноразова маска в упаковці (або стерильна маска 4 - шарова), захисні окуляри, клейончастий фартух, лейкопластир, 2% розчин протарголу, 1 % розчин срібла нітрату, 30% розчин сульфацил – натрію, 4% розчин водню пероксиду, 1% розчин борної кислоти, 5% спиртовий розчин йоду, 70% етиловий спирт, калію перманганат (сухий).

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Перед початком роботи перевір оснащення аптечки: підготуй дезінфекційні розчини – 0,5% і 3% розчини хлораміну (або інший дезінфектант) у відповідних промаркірованих ємкостях з кришками.	Попередня підготовка до роботи.
2. Перед виконанням маніпуляцій, під час яких можна забруднити руки кров’ю або сироваткою, обов’язково надягни стерильні гумові рукавички. Перед початком проведення процедур усі ушкодження на руках заклей лейкопластиром або надягни на палець спеціальний гумовий ковпачок.	Забезпечення власної безпеки

Під час процедур, які можуть супроводжуватися розбризкуванням крові, очі, ніс і рот повинні бути захищені захисними окулярами, маскою; поверх халата надягни клейончастий фартух.	
3. Якщо стався розрив або прокол рукавички, одразу зніми її і занури в 3% розчин хлораміну (або інший дезінфектант) на 60 хвилин. Видави краплю крові з місця проколу, оброби 4% розчином водню пероксиду, а потім 5% спиртовим розчином йоду. Заклей лейкопластирем, надінь гумовий ковпачок, зверху – нову стерильну гумову рукавичку.	Забезпечення власної безпеки під час аварії
4. У разі потрапляння крові в очі промий їх великою кількістю води, продуй сильним струменем повітря, закапай кілька крапель 1% розчину борної кислоти.	Забезпечення власної безпеки у разі потрапляння крові в очі
5. У разі потрапляння крові на слизову оболонку носа закапай у ніс кілька крапель 1 % розчину протарголу. У разі потрапляння крові на слизову оболонку рота прополощи рот 0,05% розчином калію перманганату, 1% розчином борної кислоти або 70% розчином етилового спирту.	Забезпечення власної безпеки у разі потрапляння крові на слизову оболонку носа
6. У разі потрапляння крові на шкіру рук та інших ділянок тіла оброби її 3% розчином хлораміну (або іншим дезінфектантом) або 70% етиловим спиртом, через 5 хвилин промий водою з милом.	Забезпечення власної безпеки у разі потрапляння крові на шкіру рук та інших ділянок тіла
7. У разі потрапляння крові на клейонку оброби її 3% розчином хлораміну (або іншим дезінфектантом) або 4% розчином водню пероксиду. Забруднений кров'ю одяг замочи в 0,5% розчині хлораміну (або іншого дезінфектанту) на 60 хвилин. Кров злий у промаркіровану ємкість і залий 3% розчином хлораміну(або іншим дезінфектантом) на 60 хвилин. Пробірки від крові та ватні кульки занури у 3% розчин хлораміну (або інший дезінфектант) на 60 хвилин.	Забезпечення інфекційної безпеки

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

" ПРОВОДИТИ ПОТОЧНУ І ЗАКЛЮЧНУ ДЕЗІНФЕКЦІЮ ПРИ РІЗНОМАНІТНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ, ЗАРАЗНИХ ШКІРНИХ І ВЕНЕРИЧНИХ ХВОРОБАХ "

2.ПФ.Д.01.ПП.О.12.08

Оснащення:

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Палати новонароджених заповнювати циклічно на протязі 3 днів. Дитячі ліжка розташовувати на відстані не менше 0,5 м одне від одного.	Сан. норма на 1 ліжко – становить 3 кв.м.
2. В палатах 3 рази на добу проводити вологе прибирання: 1 раз з використанням дезінфікуючого засобу; 2 рази – миючого розчину. Після прибирання включити на 30 хвилин бактерицидну лампу і провітрити приміщення.	Забезпечення фізичної дезінфекції
3. Використаний брудний одяг, пелюшки збирати в клейончастий мішок, вкладений в бак з закритою кришкою. Після закінчення сповивання, переодяганя всіх дітей мішок перенести в кімнату для зберігання брудної білизни, бак протерти ганчіркою, змоченою дезінфікуючим розчином.	Виключення контакту з брудним одягом.
4. Стерильні ватні тампони для проведення маніпуляцій зберігати в стерильній коробці, в окремих пакетах по 20 – 25 штук. Невикористані ватні тампони в стерильну коробку не повертаються, а знов стерилізуються. Стерильний пінцет (корнцанг) зберігати в ємності з 0,5% розчином хлораміну або 1% розчином хлоргексидина біглюконату; пінцет	Забезпечення стерильності матеріалу.

і дезрозчин змінювати один раз на добу.	
5. Поверхні приміщення, обладнання (сповивальний столик, лоткові ваги, зрістомір) обробляти 0,5% хлораміном з 0,5% миючою речовиною; 3% перекисом водню, 1% хлоргексидином біглюконатом двічі з інтервалом 15 хвилин або проводити зрошення поверхні, термін експозиції 60 хвилин.	Забезпечення проведення дезінфекції обладнання.
6. Гумові грілки, міхур з льодом, гумові трубки до апаратів протирати двічі ганчіркою, змоченою в дезрозчині з інтервалом 15 хвилин, потім промити проточною водою.	Проведення дезінфекції предметів догляду за дитиною.
7. Катетери, газовідвідні трубки, наконечники для клізми після кожного використання збирати в окрему ємність і дезінфікувати методом кип'ятіння в дистильованій воді 100*С 30 хвилин. Потім предмети зберігати в сухій стерильній тарі, яка промаркірована.	Проведення дезінфекції предметів догляду за дитиною
8. Маски для інгаляції киснем, мішок «Амбу», стетофонендоскоп, сантиметрові стрічки, лотки для використаних інструментів і матеріалу двічі протерти 1% хлоргексидином біглюконату; 3% перекисом водню; 1% хлораміном Б з інтервалом 15 хвилин і з наступною експозицією на протязі 60 хвилин. Потім промити водою.	Забезпечення проведення дезінфекції обладнання.
9. Пляшки для годування, склянки для збору грудного молока, скляні лійки стерилізувати сухим гарячим повітрям 120*С 45 хвилин. Соски, гумові зонди для годування і відсмоктування слизу стерилізувати методом кип'ятіння 15 хвилин у дистильованій воді з 2% розчином соди. Посуд без залишків їжі занурити в дезрозчин (0,5% хлорамін Б) на 30 хвилин, потім промити проточною водою.	Забезпечення стерильності обладнання для годування дитини.
10. Підкладні клейонки занурити у 1% хлорамін на 30 хвилин, потім промити проточною водою.	Дезінфекціяпредметів догляду за дитиною.
11. Після виписки дітей в палаті провести заключну дезінфекцію, після чого включити на 60 хвилин бактерицидну лампу. Протерти всі поверхні ганчіркою , змоченою водою, і знов включити бактерицидну лампу на 60 хвилин. Зробити провітрювання приміщення.	Проведення заключної дезінфекції.

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

"ПРОВОДИТИ ПЛАНОВІ ЩЕПЛЕННЯ "

2.ПФ.С.34.ПП.О.492.01

Оснащення: Стерильні ватні кульки, пінцети, марлеві серветки, шприци, голки, гумові рукавички, піпетки, 70% спирт, вакцини.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками.
2. Перевірити в історії розвитку дитини запис лікаря про стан здоров'я дитини, дозвіл на проведення щеплення згідно віку дитини.	Забезпечення дотримання показань і протипоказань до щеплення.
3. В теплому світлому приміщенні процедурного кабінету роздягнути дитину і покласти її на кушетку або на руки матері.	Створення комфортних умов для дитини.
2. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
Проведення щеплення проти поліомієліту.	
1. Перевірити термін зберігання вакцини, цілісність флакону. Зняти стерильними ножицями металевий ковпачок з флакона, відкрити гумову пробку. Надягнути на флакон піпетку яка спеціально додається до вакцини.	Забезпечення підготовки вакцини до застосування .

3. Відкрити рота дитині, шпателем в лівій руці підняти кінчик язика.	Забезпечення правильності проведення процедури.
4. В правій руці тримати флакон з піпеткою і закапати 4 краплі полівакцини під язик або 2 краплі моно вакцини.	
5. Попередити матір про те, щоб на протязі 1,5 – 2 годин не годувати дитину. Спостерігати за станом дитини на протязі години.	Запобігання виникненню алергічних реакцій.
Проведення щеплення проти коклюшу, дифтерії, правця.	
1. Перевірити цілісність ампули, термін зберігання вакцини. Набрати в шприц разову дозу вакцини – 0,5 мл , випустити повітря, покласти шприц в стерильний лоток.	Забезпечення підготовки вакцини до застосування .
2. Намітити місце ін'єкції – зовнішній верхній квадрант сідниці, пальцями лівої руки розтягнути шкіру і швидким рухом ввести голку перпендикулярно до поверхні шкіри на 2/3 її довжини. Повільно ввести вакцину у м'яз. Прикласти до місця ін'єкції стерильну ватну кульку, витянути голку. Ватною кулькою зробити легкий масаж місця введення вакцини.	Забезпечується правильність введення вакцини.
3. Відпрацьовані ватні кульки занурити у склянку з 3% розчином хлораміну на 1 годину, голку з шприцом – у 5% розчин хлораміну.	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Спостерігати за станом дитини на протязі години.	Запобігання виникненню алергічних реакцій.
Проведення щеплення проти кору, паротиту, краснухи.	
1. Звільнити від одягу місце ін'єкції – підлопаткову ділянку.	Забезпечення підготовки місця ін'єкції до вакцинації .
2. Перевірити цілісність ампули з сухою живою коровою вакциною або з сухою живою паротитною вакциною, термін зберігання вакцини, а також ампулу розчинника для корової і паротитної вакцини.	Забезпечення підготовки вакцини до застосування .
3. Набрати в шприц розчинник для корової і паротитної вакцини із розрахунку на 1 дозу сухої вакцини 1 дозу (0,5 мл) розчинника. Ввести розчинник в ампулу з сухою вакциною, розбовтати розчин в ампулі. Набрати в шприц 1 дозу (0,5 мл) розведеної вакцини через ту ж голку. Випустити повітря з шприца.	Забезпечення правильності розведення вакцини.
4. Обробити місце ін'єкції ватною кулькою з спиртом, взяти шкіру і підшкірну основу в складку, ввести вакцину підшкірно. Розведена вакцина повинна сразу ж бути використана (якщо вакцинують одну дитину – залишок знезаражується).	Забезпечення правильності проведення процедури.
5. Спостерігати за станом дитини на протязі години.	Запобігання виникненню алергічних реакцій.
11. Зняти рукавички, вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки.
12. Записати про проведену процедуру в лист профілактичних щеплень дитини і журнал реєстрації профілактичних щеплень.	Забезпечення передачі інформації.

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

" ЗАПОВНЯТИ ПАСПОРТНУ ЧАСТИНУ МЕДИЧНОЇ КАРТКИ АМБУЛАТОРНОГО ХВОРОГО"

Оснащення: Робочий стіл середнього медичного персоналу, ручка, карта амбулаторного хворого, історія розвитку дитини

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Перевірити наявність необхідної документації. Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури, отримати згоду матері	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2. Запитання хворому та матері, яка супроводжує хвору дитини , задавати тактовно, вислуховувати відповідь уважно, записувати дані про хворого професійно, грамотно і акуратно.	Забезпечення чіткості виконання процедури
3. Записати на титульній сторінці: Прізвище, ім’я та по батькові хворого Рік народження – місяць, дата Домашня адреса, телефон Прізвище, ім’я та по батькові батьків, телефон Місце перебування дитини (дитячий заклад, школа) Дані стосовно непереносимості тих чи інших ліків (за словами хворого або його батьків) Дані про групу крові та резус – фактор (з історії розвитку дитини, якщо були встановлені)	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
“ ПРОВЕДЕННЯ ВОДНО – ЧАЙНОЇ ПАУЗИ”

Оснащення: Чашки, 200 грамові пляшечки, чайні (столові) ложки, чай, 0,9% розчин хлориду натрію.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2. Підготувати все необхідне. Дитину покласти на бік чи на спину, припідняти голову чи посадити.	Забезпечення чіткості виконання процедури Забезпечення комфортних умов дитині.
3. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Необхідно поповнити об’єм циркулюючої крові з обліком дефіциту рідини та патологічних втрат: при ексикозі 1 ступеня – 150 – 175 мл/кг при ексикозі 2 ступеня – 175 – 200 мл/кг при ексикозі 3 ступеня – 200 – 220 мл/кг на добу	Визначення ступені ексикозу
5.Водну паузу призначають на 6 – 8 – 12 годин, залежно від тяжкості стану, при гіпотрофії – на 6 – 8 годин	Визначення тривалості водно – чайної паузи
6. При ексикозі 1 ступеня рідину вводити кожні 10 – 15 хвилин по 2 – 3 чайні ложки При ексикозі 2 ступеня – половину всієї рідини вводять в/в крапельно, а половину – через рот При ексикозі 3 ступеня – 100% рідини у вигляді 5 – 10% розчину глюкози, 0,9% розчину натрію хлориду, розчин Рінгера та інші вводять в/в крапельно	Визначення шляхів введення рідини

7. В перші 1 – 2 години після прийому дитини в лікарню вводити колоїдні розчини з розрахунку 10 – 20 мл/кг маси тіла (плазма, альбумін). В послідуючі години – розчини глюкози, Рінгера, фізіологічний розчин натрію хлориду у співвідношенні : 1 : 1 – при ізотонічному зневодненні 1 : 2 – при соледефіцитному зневодненні 2 : 1 – при вододефіцитному зневодненні	Визначення складу рідини, яку вводять, в залежності від виду ексикозу
8. Після закінчення водно – чайної паузи призначити дозоване годування. Протягом 1- ої доби грудне молоко або кисломолочні суміші по 10 – 15 мл кожні 2 год. На 2 – гу добу годування призначити в дозі 1/2 об'єму їжі, яку отримувала дитина раніше. На 3 – тю добу призначити годування в дозі 2/3 об'єму їжі. На 4 – ту добу призначити нормальне харчування.	Визначення харчування дитини після закінчення водно – чайної паузи
9. Вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки
10.Зробити відмітку про проведення водно – чайної паузи в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
" РОЗРАХУНОК РАЗОВОЇ І ДОБОВОЇ ПОТРЕБИ В ЇЖІ"

Оснащення: Історія розвитку дитини, ручка.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. За формулою Зайцева : 2 % маси тіла дитини х п п – кількість днів життя дитини.	Розрахунок ДКІ доношеної дитини до 10 – ої доби життя після народження.
2. За формулою Фінкельштейна: п х 70 , якщо Мнар менше, ніж 3200 г. п х 80 , якщо Мнар більше, ніж 3200 г. п – кількість днів життя дитини.	Розрахунок ДКІ доношеної дитини до 10 – ої доби життя після народження.
3. За формулою Зайцева: 1 % маси тіла дитини х п п – кількість днів життя дитини.	Розрахунок ДКІ недоношеної дитини до 10 – ої доби життя після народження.
4. За формулою Роммеля: 10 мл х п (на кожні 100 г маси тіла недоношеної дитини) п – кількість днів життя дитини.	Розрахунок ДКІ недоношеної дитини до 10 – ої доби життя після народження.
5. Об'ємний метод: З 10 доби до 2 місяців – 1/5 маси тіла, З 2 місяців до 4 місяців - 1/6 маси тіла, З 4 місяців до 6 місяців - 1/7 маси тіла, З 6 місяців до 9 місяців - 1/8 маси тіла, Об'єм їжі не повинен перевищувати 1 літр.	Розрахунок ДКІ дітям до 1 року після 10 – ої доби життя.
6. Калорійний (енергетичний) метод: На 1 кг маси тіла дитина повинна отримувати: 1 – 3 місяці – 120 ккал/кг, 4 – 6 місяців – 115 ккал/кг, 7 – 9 місяців – 110 ккал/кг, 10 – 12 місяців – 100 ккал/кг.	Розрахунок ДКІ дітям до 1 року після 10 – ої доби життя.

Визначивши масу тіла дитини, рахується кількість енергії (в калоріях), яка потрібна дитині. 1 літр жіночого молока в середньому містить 700 ккал, тому по пропорції можна розрахувати добову потребу в молоці. 1000 мл молока - 700 ккал Х мл молока - кількість ккал, яка необхідна дитині.	
7. Добову потребі в їжі треба поділити на кількість годувань: Недоношену дитину годують 8 раз на добу, якщо її маса тіла менша за 2000 г. Недоношену дитину 1 ступеня недоношеності годують 7 раз на добу, з 6 годинною нічною перервою. Доношену дитину годують : до 3 місяців – 7 разів з 6 годинною нічною перервою, з 3 до 5 місяців – 6 разів з 6,5 годинною нічною перервою, з 5 до 12 місяців – 5 разів з 8 годинною нічною перервою. Якщо доношена дитина важить більше 3600 г , то її годують після народження 6 разів на добу з 6,5 годинною нічною перервою.	Підрахунок РКІ.

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПРОВЕСТИ РАНКОВИЙ ТУАЛЕТ ГРУДНОЇ ДИТИНИ

Оснащення: Ватні турундочки, ватні кульки, розчин фурациліну 1 : 5000, слабко – рожевий розчин перманганату калію, стерильне вазелинове масло або рослинна олія, переварена вода (температура 36 – 37*С)

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз'яснити матері мету і хід проведення процедури	Забезпечення правильного щоденного догляду за дитиною
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості та швидкості виконання процедури
3.Вимити і осушити руки, надягти рукавички 4.Обробити сповивальний столік дезінфікуючим розчином і застелити його пелюшкою	Забезпечення інфекційної безпеки
5.Роздягнути дитину, підмити і покласти на сповивальний стіл 6.Брудний одяг покласти в мішок для використаної білизни . Вимити і осушити руки, змінити рукавички.	Підготовка дитини до процедури Найбільш зручне положення дитини Попередження забруднення навколишнього середовища
7.Вмити дитину промокаючими рухами ватним тампоном, змоченим перекип'яченою водою	Попередження подразнення шкіри дитини

8.Обробити очі дитини від зовнішнього кута ока до внутрішнього ватним тампоном, змоченим перекип'яченою водою (для кожного ока використовувати окремий тампон) 9.Так само просушити очі сухими ватними тампонами 	Попередження перенесення інфекції з одного ока на інше Видалення залишків вологи і забезпечення гігієнічного комфорту
10.Круговими рухами прочистити носові ходи тугими ватними турундами, змоченими в стерильній рослинній олії (для кожного носового хода використовувати окрему турунду) 	Забезпечення вільного носового дихання Розм'якшення "кірочок" за допомогою рослинної олії і більш легке їх видалення
11.Круговими рухами прочистити слухові проходи тугими ватними турундами, змоченими в стерильній рослинній олії (для кожного слухового прохода використовувати окрему турунду) Примітка: вуха дитині обробляють 1 раз на тиждень або за необхідністю	Забезпечення чистоти слухових ходів Розм'якшення "сірних пробок" за допомогою рослинної олії і більш легке їх видалення

12.Відкрити рот дитині, легенько притримуючи за підборіддя, і оглянути слизову оболонку ротової порожнини	Виключення наявності стоматитів та інших патологічних змін слизової порожнини рота
13.Обробити природні складки шкіри ватним тампоном, змоченим в стерильній рослинній олії. Обробляти в певній послідовності: завушні, шийні, пахвинні, ліктьові, променевозап'ясні, підколінні, гомілковостопні, пахові,сідничні 	Попереджується розвиток попрілостей Пахові та сідничні складки максимально забруднені і повинні оброблятися в останню чергу
14.Одягнути дитину і покласти в ліжко	Забезпечення комфортного стану
15.Забрати пелюшку зі сповивального столика та покласти в мішок для брудної білизни 16.Протерти робочу поверхню сповивального столика дезрозчином 17.Зняти рукавички, вимити і осушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПРОВОДИТИ КОНТРОЛЬНЕ ЗВАЖУВАННЯ

1.ПФ.С.24.ПП.О.09.02

Оснащення:

Горизонтальні медичні ваги, склянки з 1% розчином хлораміну, чистими та використаними серветками,гумові рукавички

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз 'яснити матері мету і хід обстеження, отримати згоду матері	Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості процедури
3.Вимити , висушити руки, одягнути рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4.Сповити дитину, щоб у випадку сечевиділення або дефекації не змінилася початкова маса тіла	Виключення неточності в отриманих даних
5.Підготувати матір до годування дитини	Виключення інфікування дитини під час годування груддю

6.Обробити чашу вагів дезрозчином і підготувати їх до роботи	Інфекційна безпека
7. Зважити дитину і зафіксувати отриману масу в історії розвитку дитини	Реєстрація першоначальної маси дитини
8.Передати дитину матері для годування груддю протягом 20 хвилин	Достатній час для висмактування дитиною необхідної дози молока і задоволення ссального рефлексу
9.Вдруге зважити дитину (не міняти пелюшки у разі сечевипускання і дефекації) і зафіксувати результат. Визначити результат отриманих даних (до і після годування). Провести контрольне зважування декілька разів протягом доби	Визначення кількості висмоктаного дитиною молока
10.Передати дитину матері або покласти в ліжко	Забезпечення безпеки дитини
11.Обробити ваги дезрозчином, зняти рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
12.Розрахувати необхідну дитині кількість молока на одне годування (об'ємним або калорійним методом)	Необхідна кількість молока залежить від віку, маси тіла дитини
13. Оцінити відповідність фактично висмоктаного молока дитиною належної кількості	Оцінюється ступень процеса лактації у матері Вирішується питання про подальший вид вигодовування

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
"ВІДСМОКТУВАННЯ СЛИЗУ З ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ"

Оснащення: стерильний гумовий балончик з м'яким наконечником, гумовий носовий катетер, електровідсмоктувач, марлеві серветки, ваттні кульки, спирт, розчин фурациліну.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Роз'яснити матері мету і хід процедури.	Забезпечення прав дитини, матері на інформацію.
2. Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості

	виконання процедури
3. Вимий і висуши руки. Одягні стерильні гумові рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки.
4. Надати дитині правильного положення – на спині з ледь закинутою назад голівкою, під плечі – валик.	Забезпечення максимальної прохідності дихальних шляхів.
5. Візьми стерильний катетер, приєднай до електовідсмоктувача або стерильний гумовий балончик з м'яким наконечником. Введи наконечник гумового балончуку в ротову порожнину. Відсмокчи слиз. Повітря із гумового балончика при введенні повинно бути витиснене.	Попередження травматизації слизової оболонки.
6. Промий наконечник гумового балончику в розчині фурациліну.	Забезпечення інфекційної безпеки.
7. Проведи такі маніпуляції декілька разів (відсмоктування і промивання).	Забезпечення відновлення прохідності дихальних шляхів
8. Введи наконечник гумового балончику в носовий хід на глибину 1-1,5 см. Повітря із балончика при введенні повинно бути витиснене. Відсмокчи слиз.	Попередження травматизації слизової оболки
9. Промий наконечник гумового балончику в розчині фурациліну.	Забезпечення інфекційної безпеки.
10. Проведи такі маніпуляції декілька разів (відсмоктування і промивання).	Забезпечення відновлення прохідності дихальних шляхів
11. Носовий катетер приєднати до електровідсмоктувача і відсмоктувати вміст спочатку з рота, потім з носових ходів.	Забезпечення відновлення прохідності дихальних шляхів.
12. Зробити відмітку в листку призначень про проведення процедури.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

МЕТОДИКА ВВЕДЕННЯ ПРОТИДИФТЕРІЙНОЇ СИРОВАТКИ

1.ПФ.С.22.ПП.Н.29.07

Оснащення:

Сироватка протидифтерійна концентрована, сироватка розведена 1 : 100, шприци, стерильні ватні кульки, 70* спирт, лотки, гумові рукавички.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз 'яснити матері мету і хід обстеження, отримати згоду матері	Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості процедури
3.Вимити , висушити руки, одягнути рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки

4. Візьми ампулу з розведеною 1 : 100 сироваткою (ампула маркірована червоним кольором). Перевір термін придатності.	Сироватка зберігається в сухому, темному, прохолодному місці, при температурі - + 3 -5*С. Сироватку випускають в ампулах по 1 дозі – 10 000 МО, та по 2 дози – 20 000 МО. В упаковці міститься 5 ампул з цільною сироваткою – маркіровані синім кольором та 5 ампул розведеної 1 : 100 сироватки – маркіровані червоним кольором.
5. Введи розведену сироватку 1 : 100 в дозі 0,1 мл внутрішньошкірно у внутрішню поверхню середньої третини передпліччя.	Проведення проби на чутливість до сироватки, 1 етап.
6. Через 20 хвилин лікар повинен прочитати пробу.	Проба вважається негативною, якщо діаметр набряку та (або) почервоніння менше ніж 1 см.
7. У випадку негативної проби візьми цільну сироватку маркіровану синім кольором. Набери в шприц 0,1 мл сироватки, введи підшкірно в зовнішню ділянку середньої третини плеча.	Проведення проби на місцеву та загальну реакцію організму, 2 етап.
8. При відсутності місцевої та загальної реакції через 30 – 60 хвилин підігрій цільну сироватку до температури 36*С. Набери призначену дозу сироватки та введи внутрішньом'язово. Після введення сироватки спостерігай разом з лікарем за хворим протягом 1 години.	Введення всієї лікувальної дози сироватки, 3 етап. В одне місце не вводь більше 8 – 10 мл.
9. Зняти рукавички, вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки.
10. Зроби відмітку про проведену пробу та введення сироватки в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

МЕТОДИКА ВВЕДЕННЯ ІНСУЛІНУ

Оснащення:

Флакон з інсуліном, інсуліновий шприц, стерильні ватні кульки, 70* спирт, лотки, гумові рукавички.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз 'яснити матері мету і хід обстеження, отримати згоду матері	Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості процедури
3.Вимити , висушити руки, одягнути рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Візьми флакон з інсуліном із холодильника за 15 – 20 хвилин до введення.	Інсулін зберігають в холодильнику.
5. Уважно перевір назву препарату, термін придатності, цілісність флакону та якість інсуліну. Оброби кришку флакона.	Забезпечення введення придатного препарату.
6. Використовуй одноразовий інсуліновий шприц. При відсутності інсулінового шприца використовуй звичайний шприц, перерахувавши дозу інсуліну в мілілітри, залежно від виду інсуліну.	В 1 мл – 40 ОД інсуліну, в 0,1 мл – 4 ОД інсуліну. В 1 мл – 100 ОД інсуліну, в 0,1 мл – 10 Од інсуліну
7. Набери в шприц повітря в кількості точно призначеної дози інсуліну. Введи голку шприца у флакон, відпусти поршень – в шприц набереться точна доза інсуліну.	Не можна вводити одним шприцом різні види інсуліну. Міняй періодично місце ін'єкції (за годинниковою стрілкою), щоб не виникла

Вибери місце для підшкірної ін'єкції: під лопатку, верхня третина зовнішньої поверхні плеча, передня черевна стінка (навколо пупка), зовнішня поверхня стегна.	ліподистрофія.
8.Введи інсулін підшкірно, використовуючи 2 ватні кульки .	Забезпечення інфекційної безпеки.
9. Зняти рукавички, вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки.
10. Нагодуй дитину через 15 – 20 хвилин після введення інсуліну.	Забезпечення запобігання ускладнень – гіпоглікемічної коми.
11. Зроби відмітку про проведену ін'єкцію в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

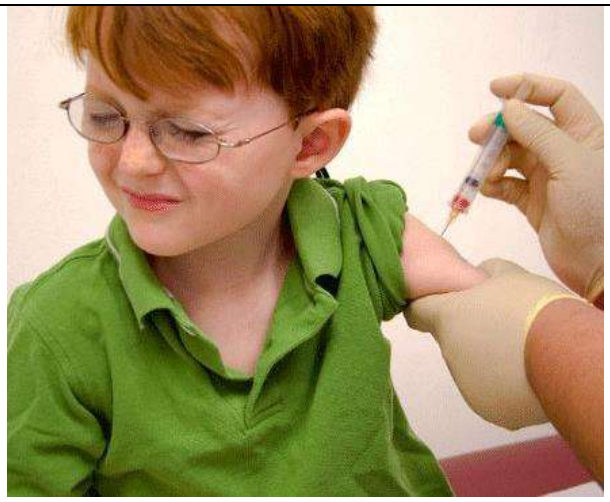
АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ТЕХНІКА ЩЕПЛЕННЯ ПРОТИ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В

2.ПФ.С.34.ПП.О.492.01

Оснащення: Вакцина проти вірусного гепатиту В, шприц, стерильні ватні кульки, 70* спирт, лотки, гумові рукавички.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз 'яснити матері мету і хід обстеження, отримати згоду матері	Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості процедури
3. Перевірити наявність дозволу на щеплення.	Перед щепленням дитину оглядає лікар – педіатр – проводить термометрію, дає дозвіл на щеплення.
4.Вимити , висушити руки, одягнути рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
5. Перевірити вакцину - етикетку, термін придатності, якість вакцини.	Вакцину зберігають в холодильнику при температурі 2 – 8*С.
6. Набрати в шприц 0,5 мл або 1,0 мл вакцини в залежності від віку дитини.	Дітям до 10 років доза вакцини складає 10 мкг або 0,5 мл, дітям старше 10 років – 20 мкг або1,0 мл.
7. Введи вакцину глибоко внутрішньом'язово в ділянку дельтовидного м'яза або в ділянку стегна з зовнішнього боку новонародженій	Інші форми введення вакцини не рекомендуються.

дитині, використовуючи 2 ватні кульки зі спиртом.	 Забезпечення інфекційної безпеки.
8. Відкритий флакон з вакциною зберіганню не підлягає.	Забезпечення інфекційної безпеки.
9. Зняти рукавички, вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки.
10. Забезпеч медичний нагляд за дитиною після щеплення, протягом 30 хвилин. Дай поради матері: спостерігати за станом дитини, не мочити місце ін'єкції протягом доби, при виникненні інфільтрату на місце ін'єкції прикласти сухе тепло.	Забезпечення запобігання ускладнень . В окремих випадках можуть виникнути незначні реакції місцевого характеру, такі як еритема та біль в місці ін'єкції. Загальні реакції (головний біль, нудота, блювання) виникають дуже рідко.
11. Зроби відмітку про проведене щеплення в історію розвитку дитини, картку профілактичних щеплень та «Журнал реєстрації вакцинацій проти гепатиту».	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

НАДАТИ ДОПОМОГУ ДИТИНІ ПРИ КАШЛІ

1.ПФ.С.20.ПП.Н.04.07

Оснащення: Апарат Боброва, грілки, відхаркувальні мікстури

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Кашель - сильні, поштовхами хриплі видихальні рухи.	Визначення поняття.
2.Визначити вид кашлю: а)сухий =непродуктивний (при кашлі мокротиння не виділяється з дихальних шляхів) б)вологий = продуктивний (мокротиння дитина виділяє назовні або ковтає) в) малопродуктивний (при кашлі дитини об'єктивно відчувається наявність мокротиння в дихальних шляхах, проте виділяється воно непостійно, після тривалого, нестерпного, болючого кашлю).	З'ясування ознак кашлю.
3. Визначити - поверхневий (при фарингіті, ларингіті) або глибокий (бронхіоліт, пневмонія)	З'ясування ураженого відділу дихальних шляхів.
4. Визначити характер кашлю: короткочасний, поверхневе покахикування, тривалий.	Визначення тривалості кашлю.

5. Забезпечити комфортний режим, уникати додаткових подразників, які можуть вплинути на дитину. Провести аеро- і оксигенотерапію. Змінювати положення дитини у ліжечку, трохи підняти головний кінець. Ноги дитини зігрівати теплими грілками.	Забезпечення зменшення кашльових нападів.
6. Застосовувати відхаркувальні мікстури та препарати: а)мікстура на основі настою кореня алтею 6,0: 180,0 , натрію гідрокарбонату 2 г, цукрового сиропу 10 мл - по 1 чайній ложці 4-5 разів на добу, б)мукалтин (суміш полісахаридів із травою алтею) по 1/4-1 таблетці 3-4 рази на добу до їди. Таблетку розчинити у 1/3 склянці теплої води і добавити цукровий сироп, в)нашатирно - анісові краплі 2-3 рази на добу по 1 краплі на кожен рік життя, г)настій з трави термопсису - 0,1 г на 100 мл - по 1/2 -1 чайній ложці 3 рази на добу дітям до 2 років, д)таблетки терпінгідрату по 0,025 г на кожен рік життя дитини 3 рази на добу, є)бромгексин - таблетки або сироп (слабку протикашльову, муколітичну дію стимулює синтез сурфактанту) .Дітям понад І рік сироп по 1 чайній ложці 3 рази на добу, ж) у разі сухого непродуктивного кашлю -пертусин по Уі чайній ложки 3 рази на день, з) за наявності обструкції бронхів - комбінований препарат бронхолітин по '4 чайної ложки дітям віком до 3 років і по 1 чайній ложці дітям віком понад 3 роки 3 рази на добу. Застосовують лазолван, тусупрекс, бронхікум, сироп з подорожника	Сприяння перетворенню сухого кашлю на продуктивний •
7. Провести відволікальну тарозсмоктувальну терапію: а) при нормальній температурі тіла використовувати гірчичне обгортання, гірчичні аплікації,, електрофорез, олійні обгортання з медикаментозними препаратами на основі днмексиду (в розведенні 1: 10) або 1% розчину діоксидину б)ЛФК, масаж грудної клітки, апаратна фізіотерапія, аплікації парафіну	Збільшення секреції і сприяння розрідженню мокротиння Посилення транспортування мокротиння дихальними шляхами
8.Викоиати аерозольні інгаляції з препаратами : 2% розчини натрію гідрокарбонату і натрію хлориду/трипсин, хемогрипсин,хемопсин, 10% розчин ацетилцистеїну.	Поліпшення дренажної функції бронхів

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ВЗЯТИ СЛИЗ З НОСОВОЇ ЧАСТИНИ ГЛОТКИ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ НА НАЯВНІСТЬ ВІРУСІВ

1.ПФ.С.23.ПП.Н.12.04

Оснащення: стерильна склянка з ізотонічним розчином натрію хлориду з кришкою, стерильні тампони, затискач, бланк направлення, гумові рукавички, шпатель.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз'яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2. Підготувати все необхідне. Дитину посадити обличчям до світла. Маленьку дитину тримає на руках мати або помічник. Посадити дитину до	Забезпечення чіткості виконання процедури Забезпечення комфортних умов дитині.

себе спиною, праву руку покласти на лоб дитини, а ліву руку - на її грудну клітку. Лівою рукою зафіксувати руки дитини, а її ноги зафіксувати між своїми ногами. Мазок із зіва брати вранці до годування дитини, до оброблення ротової порожнини дезінфекційними розчинами.	
3. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Затискачем візьміть стерильний тампон. Притримайте шпателем язик. Візьміть слиз із носової частини глотки для дослідження. Тампон занурте у стерильну склянку з ізотонічним розчином натрію хлориду. Маніпуляцію повторіть 2 – 3 рази. Закрийте склянку. Зніміть рукавички.	Забезпечення чіткості виконання процедури.
5. Випишіть направлення. Стерильну склянку з матеріалом для дослідження відправте до вірусологічної лабораторії протягом 2 годин у мікро холодильнику. Направлення до вірусологічної лабораторії П.І. дитини _____ Вік _____ Адреса _____ Діагноз _____ Дата захворювання_____ Дата і час обстеження _____ Підпис _____ Про взяття слизу на наявність вірусу зробіть запис у «Журналі реєстрації вірусологічних досліджень».	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ВЗЯТТЯ МАЗКА З НОСОВОЇ ЧАСТИНИ ГЛОТКИ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ НА НАЯВНІСТЬ МЕНІНГОКОКА

1.ПФ.С.23.ПП.Н.12.04

Оснащення: два середовища: чашка Петрі з елективним середовищем і з сироватковим агаром, стерильний стрижень, бланк направлення, гумові рукавички, шпатель.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз'яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2. Підготувати все необхідне. Дитину посадити обличчям до світла. Маленьку дитину тримає на руках мати або помічник. Посадити дитину до себе спиною, праву руку покласти на лоб дитини, а ліву руку - на її грудну клітку. Лівою рукою зафіксувати руки дитини, а її ноги зафіксувати між своїми ногами. Мазок брати вранці до годування дитини або через 2 години після прийому їжі, до оброблення ротової порожнини дезінфекційними розчинами.	Забезпечення чіткості виконання процедури Забезпечення комфортних умов дитині. Середовище зберігайте у холодильнику протягом 2 діб.
3. Вимити і висушити руки, одягнути	Забезпечення інфекційної безпеки

рукавички.	
4. Чашку Петрі з середовищем на 20 хв поставте в термостат. Не порушуючи стерильності, один кінець стрижня з ватним тампоном зігніть за край пробірки під кутом 135* на відстані 3 – 4 см. Лівою рукою візьміть шпатель, яким притримуйте язик дитини, а правою рукою введіть стрижень із ватним тампоном у ротову порожнину під м'яке піднебіння в носову частину глотки. Легкими рухами стерильним стрижнем візьміть мазок із носової частини глотки, після чого стрижень обережно вийміть. Виконуйте посіви на обох середовищах. Використаний стрижень занурте у пробірку. Зніміть рукавички.	Не торкайтеся до зубів, язика, слизової оболонці щік. Посів виконуйте спочатку густими штрихами, потім – паралельними рідкими штрихами.
5. Випишіть направлення. <u>Направлення до бактеріологічної лабораторії</u> Посів з носової частини глотки на наявність менінгокока П.І. дитини _____ Вік _____ Відділення_____ Адреса_____ Дитячий садок або школа_____ Діагноз_____ Дата захворювання_____ Дата і час обстеження_____ Підпис _____	Чашкі Петрі відправте до бактеріологічної лабораторії в мікро термостаті протягом 2 год. (або на грілці в біксі).
6. Про взяття мазка з носової частини глотки для дослідження на наявність менінгокока запишіть у «Журнал реєстрації бактеріологічних обстежень» на менінгокок.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
<u>ОБРОБЛЕННЯ ШКІРИ ПРИ ВИСИПІ</u>

<u>Оснащення:</u>
Стерильні ватні кульки на паличках, 1% розчин діамантового зеленого, 5% розчин калію перманганату, гумові рукавички

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз'яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2. Висип обробляють при таких захворюваннях, як: вітряна віспа, везикулопустульоз, пухирчатка новонароджених, стрептодермія	Визначення показань для оброблення висипу.
3. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Ватною кулькою, змоченою в 1% розчині діамантового зеленого, ретельно обробіть кожний елемент висипу від периферії до центру.	Нові елементи висипу обробляйте протягом доби.
5. Про оброблення шкіри в умовах стаціонару	Забезпечення передачі інформації

зробіть відмітку в листку призначень.	

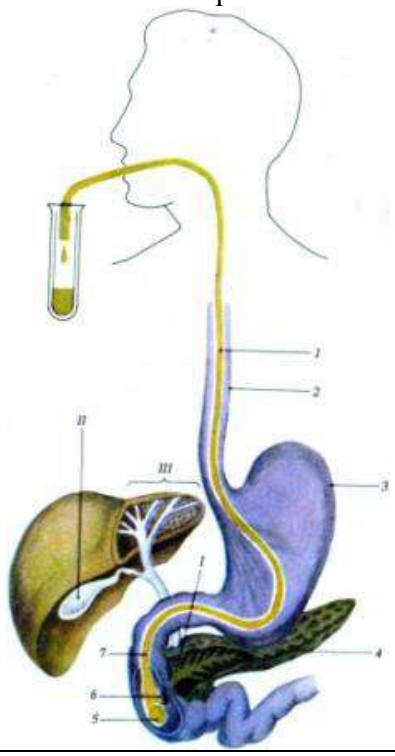
АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

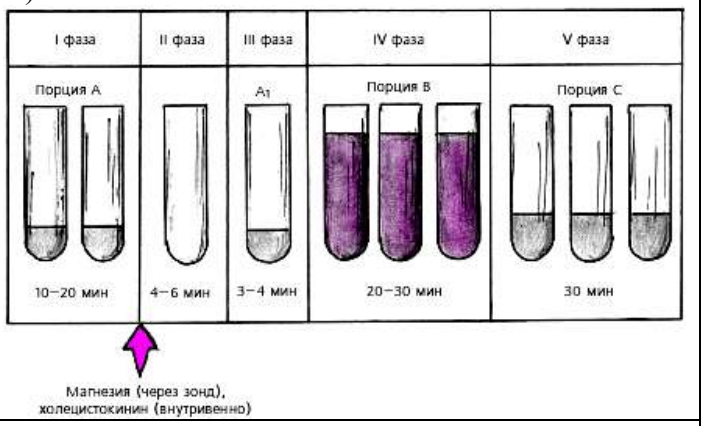
ДОПОМОГА ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ДУОДЕНАЛЬНОГО ЗОНДУВАННЯ

1.ПФ.С.23.ПП.Н.24.04

Оснащення:

Стерильний одноразовий дуоденальний зонд, гумові рукавички, штатив з пробірками, шприц об'ємом 20 мл, лотки, 33% розчин магнію сульфату, 2% розчин натрію гідрокарбонату, грілка, яєчний жовток або рослинна олія, рушник.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз'яснити матері або дитині мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2. Напередодні вечеря дитини повинна бути легкою; виключають продукти, що спричинюють метеоризм. Обстеження проводять вранці натще.	Забезпечення правильного проведення процедури.
3. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Перевірити пакет з одноразовим зондом на термін придатності, цілістність. Обробити місце зрізу ваткою, змоченою в спирті. Відкрити пакет, висипати стерильний зонд в стерильний лоток.	Підготування стерильного інструментарію.
5. Зондом заміряти відстань від переднього краю зубів до кута нижньої щелепи, а потім до пупка (перша мітка) і вгору до реберної дуги по середньоключичній лінії (друга мітка) та познач відстань.Дитину посадити.	Визначення відстані, на яку вводиться зонд.
4. На висоті глибокого вдиху введи зонд за корінь язика. У цей час дитина повинна глибоко дихати носом і робити ковтальні рухи.Під час ковтальних рухів олива повільно просувається стравоходом. Про її знаходження в шлунку свідчить розташування першої позначки на рівні різців. Відсмоктати вміст шлунка. 1 — зонд; 2 — пищевод; 3 — желудок; 4 — поджелудочная железа 5 — олива зонда; 6 — большой дуоденальный сосочек; 7 — двенадцатиперстная кишка; I - общий жёлчный проток (поступает порция А); II - жёлчный пузырь (поступает порция В); III - печёночные протоки (поступает порция С).	Забезпечення правильного введення зонду. 
5. Для кращого просування зонда запропонуй дитині походити 20 хвилин, ковтаючи зонд.	Забезпечення правильного введення зонду.
6. Дитину покласти на тверду кушетку на правий бік. Під кістки тазу покласти валик, під праве підребер'я – тепла грілка (температура 50 – 60*С). У такому положенні дитина ковтає зонд до другої	Визначення правильного розташування зонду.

позначки. Контроль місця розміщення зонду здійснюється за допомогою універсального індикаторного паперу (pH 6,5 – 7,0 свідчить про розташування оливи у дванадцятипалої кишці).	
7. Через 5 – 7 хвилин після введення зонда починає виділятися світло – жовта прозора рідина (суміш дуоденального, панкреатичного секрету і жовчі з дистального відділу загальної жовчної протоки). Час від моменту, коли олива зонда потрапляє у дванадцятипалу кишку, до появи жовчі дозволяє характеризувати стан сфінктера Одді. Виділяється порція з загальної жовчної протоки в кількості 15 - 45 мл, триває 6 – 10 хвилин. Збирають її в I пробірку – порція А.	Натще у дванадцятипалої кишці жовчі немає. Олива зонду є механічним подразником для сфінктера Одді. I фаза- спільна жовчна протока (пробірка А)
8. Через зонд ввести 33% розчин магнію сульфату – 10 – 20 мл (2 мл на рік життя), підігрітий до температури тіла. Тривалість періоду від моменту закінчення введення подразника до появи світло – жовтої жовчі розцінюється як II фаза (фаза закритого сфінктера Одді) і в нормі становить 4 – 6 хвилин.	II фаза - фаза закритого сфінктера Одді
9. III фаза охоплює проміжок часу від моменту відкриття сфінктера Одді до виділення міхурової жовчі. Вона триває 3 – 5 хвилин, протягом яких виділяється 3 – 5 мл світлої жовчі з міхурової і загальної жовчної протоки.	III фаза – відкриття сфінктеру Одді до виділення жовчі.
10. IV фаза – міхурова (фаза порції В відповідає часу виділення міхурової жовчі від моменту відкриття сфінктера загальної жовчної протоки і появи темно – оливкової порції В до появи буро – жовтої порції С), збирається в пробірку В. У здорових дітей жовчний міхур випорожняється через 20 – 25 хвилин і містить 20 – 50 мл густої жовчі темно – оливкового кольору.	IV фаза – міхурова (пробірка В). Тривалість міхурової фази залежить від рухової активності жовчного міхура, а кількість жовчі – від його тонусу.
11.V фаза відповідає виділенню порції С.Протягом 10 – 15 хвилин виділяється 10 – 20 мл золотаво - жовтої жовчі з внутрішньопечінкових ходів, яку збираємо в пробірку С. Потім вводять другий подразник – яєчний жовток або рослинну олію. У нормі знову починає виділятися жовч порції С.	V фаза - виділення печінкової жовчі (пробірка С) 
12. Обережно (через рушник) вивести зонд,	Забезпечення інфекційної безпеки.

покласти в лоток для використаних матеріалів для дезінфекції. Зняти рукавички, вимити і висушити руки.	
13. Пробірки з отриманою жовчю поставити у теплу воду і відразу ж відправити до лабораторії з виписаним заздалегідь направленням.	Забезпечення достовірності показників.
14. Дитину після проведеної процедури обов'язково нагодуйте.	Забезпечення комфортних умов дитини.
15.Зробіть відмітку про проведення дуоденального зондування в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації.

Основні лабораторні показники п'ятифазного дуоденального зондування

Накопичення лейкоцитів – 20 – 25 в полі зору.

Порція	Холестерин (ммоль/л)	Білірубін (ммоль/л)	Жовчна кислота (ммоль/л)
A	0,45 – 1,09	31 – 54	18,4 – 27,6
B	1,8 – 4,32	429 – 718	53,1 – 66,9
C	0,45 – 1,12	34 – 171	23 – 28,3

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

" ГОТУВАТИ ПАЦІЄНТА ДО РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ШЛУНКА"

1.ПФ.С.23.ПП.Н.41.13

Оснащення: медична карта стаціонарного хворого або амбулаторна карта хворого, барієва суміш, склянка, стерильний лоток, стерильний шприц ємкістю 2 мл з голкою, стерильні ватні кульки, 0,1% розчин атропіну сульфату в ампулах, 70% етиловий спирт.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Медсестра дитячої консультації виписує хворому направлення в рентгенологічний кабінет за призначенням лікаря. Медсестра дитячого відділення робить вибірку з листків призначення, кому з хворих призначене це обстеження. Дати заявку в рентгенологічний кабінет.	Забезпечення достовірності для проведення процедури.
2. Поінформувати дитину та її батьків, що рентгенологічне обстеження шлунка проводиться натще. Легку вечерю можна вживати не пізніше 20-ої години, на ніч випити склянку кефіру. Уранці в день обстеження дитина не повинна вживати їжі, приймати лікарських препаратів, пити.	Забезпечення дотримання правил підготовки до процедури.
3. Амбулаторного хворого батьки приводять у рентгенологічний кабінет у призначений день і годину з направленням і амбулаторною картою. Стаціонарного хворого медсестра приводить в рентгенологічний кабінет і заносить його медичну карту.	Забезпечення достовірності проведення процедури.
4.У рентгенологічному кабінеті за вказівкою рентгенолога хворий випиває 200 г барієвої суміші. Потім роблять знимки.	Забезпечення вживання контрастної суміші.
5. Після обстеження необхідно нагодувати дитину. Хворому з повільною евакуацією (стеноз, атонія)	Забезпечення комфортних умов для дитини

призначають повторне обстеження на 2 – ий і 3 – ій день для визначення добового залишку контрастної речовини в шлунку. Дуже важливо точно дотримувати терміну повторного огляду.	
6.В умовах стаціонару після виконання маніпуляції зроби відмітку в листку призначень	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ГОТУВАТИ ПАЦІЄНТА ДО ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЇ”

1.ПФ.С.23.ПП.Н.01.06

Оснащення: медична карта стаціонарного хворого або амбулаторна карта хворого, езофагогастродуоденоскоп, стерильний шприц ємкістю 5 мл з голками, стерильні ватні кульки, 0,1% розчин атропіну сульфату в ампулах, 50% розчин анальгіну в ампулах, 2% розчин тримекаїну, 70% етиловий спирт.

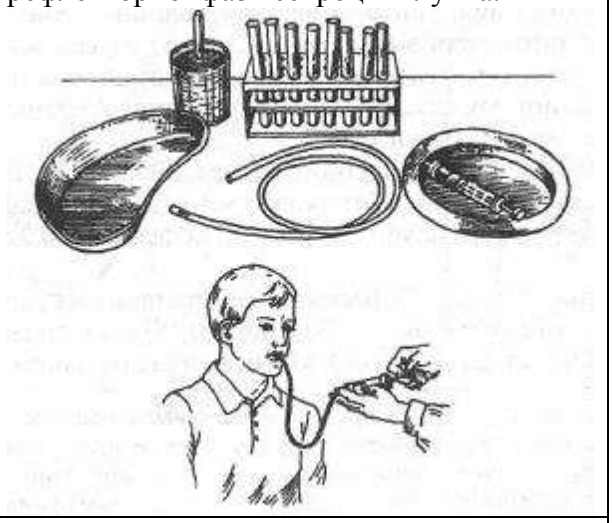
ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1. Напередодні , о 18 – й годині дитина має з’їсти легку вечерю. На дослідження в ендоскопічний кабінет слід з’явитися вранці натще, з рушником.	Роз’яснення правил підготовки до даного дослідження .
2. Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури. Провести психологічну підготовку дитини до процедури.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками.
3. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
4. За призначенням лікаря в разі необхідності за 15 – 20 хвилин до дослідження введи підшкірно 0,5 мл 0,1% розчину атропіну сульфату, внутрішньом’язово 2 мл 50% розчину анальгіну	Проведення премедикації
5. Провести анестезію слизової оболонки ротової частини глотки 2% розчином тримекаїну шляхом зрошення.	Зниження чутливості слизової ротової порожнини
6. Запропонуйте хворому лягти на лівий бік із витягнутою лівою ногою, а праву ногу зігнути в колінному та кульшовому суглобах. Під голову дитини відклади валик, підстели рушник. Зафіксуй руки дитині таким чином, щоб вони не заважали лікарю виконувати дослідження. Попроси хворого спокійно лежати, рівномірно дихати, не ковтати слину і не розмовляти під час обстеження.	Забезпеченя правильного положення дитини.
7. Зафіксуй голову дитини в такому положенні, щоб глотка та стравохід утворювали пряму лінію. Стеж за положенням ротоблокатора. Спостерігай за загальним станом хворого під час проведення процедури, оцінюючи колір шкірних покривів, частоту пульсу, правильність положення пацієнта на столі.	Асистування лікарю під час проведення езофагогастродуоденоскопії
8. Провести дезінфекцію та стерилізацію ендоскопа згідно з інструкцією, зняти рукавички, вимити і висушити руки.	Забезпечення інфекційної безпеки
9. Простеж, щоб дитина після проведення процедури протягом 1 – 2 годин не вживала їжі (до повного відновлення акту ковтання), а якщо проводилася біопсія, щоб не вживала гарячої їжі протягом 24 годин.	Забезпечення безпеки і комфортних умов дитини

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ДОПОМОГА ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЗОНДУВАННІ ШЛУНКА

1.ПФ.С.23.ПП.Н.24.05

Оснащення: серветки, рушник, одноразовий тонкий шлунковий зонд № 10 – 15, шпатель, бинт, лоток, стерильний шприц ємністю 20 мл,11 пробірок або 4 слоїка, штатив для пробірок. Пробний сніданок , 0,1 % розчин гістаміну.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз'яснити матері і дитині мету і хід процедури. Дослідження проводять вранці і натще.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Одягнути гумовий фартух на дитину і на себе. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
3. Перевірити пакет з одноразовим зондом на термін придатності, цілістність. Обробити місце зрізу ваткою, змоченою в спирті. Відкрити пакет, висипати стерильний зонд в стерильний лоток.	Підготування стерильного інструментарію.
4. Серветкою тримай кінчик зонда і проведи вимірювання відстані від перенісся до пупка. Постав мітку.	Визначення відстані, на яку вводиться зонд
5. Дитину посади на стілець, попроси відкрити рот і введи шпатель, обгорнутий марлею. Стій праворуч від пацієнта. Введи зонд за корінь язика, запропонуй дитині ковтати і глибоко дихати. Прослідкуй за тим, щоб носові ходи у дитини були вільні і вона змогла добре дихати. Зонд вводь у шлунок до мітки. Слину під час уведення зонда витирай рушником.	Забезпечення правильного введення зонда у шлунок.
6. Відразу після повного введення тонкого шлункового зонда отримай вміст шлунка. Це I порція.	I порція –натще.
7. Після цього протягом години кожні 15 хвилин добувай шлунковий сік, відсмоктуючи його шприцом. Це порції II, III, IV, V. Збирають в окремі пробірки кожну порцію, або всі разом – в один слоїк.	Порції II, III, IV, V – базальна секреція.
8. Введи через зонд в шлунок пробний сніданок і через 15 хвилин добувай вміст шлунка , відсмоктуючи його шприцом. А ще через 15 хвилин повністю відкачувай шприцом вміст шлунка. Це порції VI, VII. Замість пробного сніданку можна зробити гістамінову пробу під контролем супрастину: введи підшкірно 0,5 мл 0,1% розчину гістаміну і через 15 хвилин відсмокчи шприцом 10 мл, а ще через 15 хвилин повністю відкачувай шприцом вміст шлунка.	Порції VI, VII – показники нервово – рефлекторної фази секреції шлунка. 
9. Далі через кожні 15 хвилин протягом 1 години добувай вміст шлунка – порції VIII, IX, X, XI. Збирають в окремі пробірки кожну порцію, або всі разом – в один слоїк.	Порції VIII, IX, X, XI – показники нервово – хімічної фази секреції шлунка.
10.Обережно через серветку або рушник виведи зонд з шлунка дитини, занурь зонд в дезінфекційний розчин на 60 хвилин, фартухи протри 1% розчином хлораміну, зними рукавички, занурь в дезінфектант. Вимий і	Забезпечення інфекційної безпеки.

висуши руки.	
11. Поклади дитину у ліжко на 20 – 30 хвилин, спостерігай за її станом. Погодуй дитину.	Забезпечення комфортних умов дитини.
15.Зроби відмітку про проведення шлункового зондування в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації.
Фракційний метод дослідження шлункової секреції дозволяє визначити фази секреторної діяльності шлунка, а також тип секреції. До введення пробного сніданку в шлунок визначається 50 мл секрету, загальна кислотність – 10 одиниць, вільна соляна кислота відсутня. Після пробного сніданку кількість секрету може бути різним, загальна кислотність 40 – 60 одиниць, вільна соляна кислота 20 – 40 одиниць, а зв'язана з білками до 20 одиниць.	

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
" ЗДІЙСНЮВАТИ ДОГЛЯД ЗА ШКІРОЮ
В РАЗІ НАЯВНОСТІ ЕКЗЕМИ"

Оснащення: Стерильні серветки, рушник, стерильне вазелінове масло, пелюшки, в склянках відвари дубильних трав (материнки, кропиви, кори дуба), антисептичні розчини (1% резорцин, рідина Кастеллані), мазь з лікарськими травами, мазь із березового дьогтю, іхтіоло – цинко – нафталанова мазь (по 1 тюб.), стерильна вата, паста Лассара.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз 'яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички. Дитину підмити і покласти на сповивальний столик.	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Визначити місце і вид пошкодження. При загостренні алергічного діатезу можуть виникати мокнуття, свербіж, попрілості, екзема, загроза інфікування.	Забезпечення правильності догляду за хворим
5. На уражені ділянки шкіри накласти примочки з відвару дубильних трав: кори дуба, кропиви, материнки. Примочки накладати декілька разів, кожні 15 – 20 хвилин їх змінювати, до зменшення гіперемії.	Забезпечення дії лікарських трав на шкіру
6. Уражені ділянки просушити і обробити 1% розчином резорцину, фукорцину, рідиною Кастеллані, індиферентними сумішами з тальком, цинком.	Забезпечення підсушування шкіри
7. У разі зменшення запального процесу слід переходити на мазі з лікарських трав. Мазі накладати на уражені ділянки шкіри ватним тампоном. На обличчя дитини можна накладати маску з марлі, яка просякається маззю. Маска має отвори для очей, носа, рота.	Мазі містять седативні, пом'якшувальні, протизапальні, антибактеріальні, вітамінні компоненти.
8. Склад зборів лікарських трав, які входять до складу мазі, слід підбирати від характеру шкірних проявів. Мокнуття, свербіж зменшує збір із коренів оману, солодки, листків і квіток кропиви, листків м'яти. У разі сухості шкіри можна застосовувати збір подорожника, листків та квіток материнки. До складу мазі входять анестезин, димедрол. При загрозі інфікування перевагу треба надати зборові з	Забезпечення дії лікарських трав на шкіру.

ромашки, нагідок, чистотілу, шавлії, кропиви, материнки, оману.Ефективні мазь із березового дьогтю, іхтіоло – цинко – нафталанова мазь, паста Лассара. Тільки за призначенням лікаря можливе використання гормональних мазей.	
9.Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки. Гумові рукавички знезаразити в 3% розчині хлораміну	Забезпечення інфекційної безпеки
10.Зроби відмітку про догляд за дитиною в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ ПРОВЕДЕННЯ КОРЕКЦІЇ БІЛКІВ, ЖИРІВ, ВУГЛЕВОДІВ , КАЛОРІЙНОСТІ ДІЄТИ У ДИТИНИ З РІЗНИМ ВИДОМ ВИГОДОВУВАННЯ”

Оснащення: історія розвитку дитини або іфсторія хвороби, щоденник годування

<table>
<tr><th>ЕТАПИ</th><th>ОБГРУНТУВАННЯ</th></tr>
<tr><td>1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури.</td><td>Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав матері на інформацію</td></tr>
<tr><td>2. Медпрацівник вивчає історію хвороби дитини і призначення лікаря. Проводить підготовку ваг. Зважити дитину. Скласти меню на один день, за цим меню скласти меню – розкладку. Враховуючи масу дитини підрахувати добову і разову кількість їжі.</td><td>Визначення добової і разової потреби в їжі.</td></tr>
<tr><td>3. Скласти меню – розкладку, виписавши кожен продукт окремо. Біля стовпчика виписаних продуктів накреслити схему за прикладом: дитині 3 місяці, на природному вигодовуванні, маса тіла – 5000 г. Заповнити другий стовпчик, указати кількість кожного продукту на добу.
<table>
<tr><th>продукти</th><th>кількість</th><th>Б</th><th>Ж</th><th>В</th><th>Ккал</th></tr>
<tr><td>Грудне молоко</td><td>830 мл</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Сік яблучний</td><td>15 мл</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Сік смородинний</td><td>15 мл</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Терте яблуко</td><td>30 г</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td><td>У цій таблиці враховується кількість продукту, вміст в ньому білків, жирів, вуглеводів, калорій.</td></tr>
<tr><td>4. За даними таблиць заповнити 3,4,5,6 стовпчики, вказати вміст білків, жирів, вуглеводів, калорій в кожному продукті. Зробити підсумок кожного стовпчика окремо. З’ясувати, скільки дитина на добу одержує білків, жирів, вуглеводів, калорій.</td><td>Використовуються спеціальні таблиці для підрахунку.</td></tr>
<tr><td>5. Підрахувати, скільки дитина отримує білків, жирів, вуглеводів, калорій на 1 кг своєї маси за даними меню – розкладки. Для цього треба поділити отримані дані білків, жирів, вуглеводів, калорій на масу дитини.
<table>
<tr><th>продукти</th><th>кількість</th><th>Б</th><th>Ж</th><th>В</th><th>Ккал</th></tr>
<tr><td>Грудне молоко</td><td>830 мл</td><td>11,3</td><td>32,2</td><td>54,0</td><td>568</td></tr>
<tr><td>Сік яблучний</td><td>15 мл</td><td>0,1</td><td>-</td><td>3,2</td><td>13,7</td></tr>
</table></td><td>Підрахунок для даної дитини</td></tr>
</table>

Сік смородинний	15 мл	0,1	-	1,6	6,0
Терте яблуко	30 г	0,3	-	6,6	38,5
На добу	890 мл	11,8	32,2	65,4	626,2
На 1 кг маси	-	2,4	6,44	13,0	125

6. Порівняти дані добової потреби білків, жирів, вуглеводів, калорій на 1 кг маси тіла дитини зі стандартом.

квартал	Вид вигодовування	Б	Ж	В	Ккал/кг
		На 1 кг маси в грамах			
I	Природ.	2 – 2,5	6,5	13	120 – 125
	Зміш.	3 – 3,5			
	Штучн.	3,5 – 4			
II	Природ.	*	6,0	13	115 – 120
	Зміш.	3 – 4			
	Штучн.	3,5 - 4			
III	Природ.	3	5,5	13	110 – 115
	Зміш.	3 - 4			
	Штучн.	3,5 – 4			
IV	Природ.	3 – 3,5	5,5 - 5	13	100 - 110
	Зміш.	3 – 4			
	Штучн.	3,5 - 4			

Якщо головні інгредієнти, розраховані на 1 кг маси , не відповідають табличним даним, то це вказує на зменшення білків, жирів, вуглеводів в меню. Тому відповідно треба доповнити меню інгредієнтами, збільшити його калорійність.

* 2 – 2,5 – до введення підгодовування,
3 – 3,5 – після введення.

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
ПРОВЕДЕННЯ ПЕРШОГО ПАТРОНАЖУ НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ

Оснащення: Рушник, мило, чистий халат, маска, стетоскоп.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури. Ознайомитися зі змістом довідки про народження.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Розпитати маму про перебіг вагітності, пологів, післяпологовий період; чи виникли будь – які скарги чи проблеми.	Перший патронаж проводять у перші 2 дні після виписування дитини з пологового будинку.
5. Розгорни дитину і оглянь: - шкіру (колір, тургор, наявність ушкоджень); - пропальпуй підшкірний жировий шар (складка на животі), тонус м’язів, велике тім’ячко (розміри, положення відносно рівня кісткових країв, пульсація), живіт, печінку; - оцініть стан БЦЖ – щеплення; - проведи аускультацію легень і серця; - стан пупкової ранки; - оглянь випорожнення дитини.	Запобігання захворювань новонароджених.
6. Надай матері рекомендації по догляду й вигодовуванню: - прикладати дитину до грудей за вимогою дитини (не менше ніж 12 разів на добу), дотримувати правил вигодовування груддю; - щоденно купати дитину (техніка проведення гігієнічної	Забезпечення дотримання певного режиму дня.

ванни); - щоденно проводити ранковий туалет ; - дитячу білизну прати в окремому посуді тільки дитячим милом, прасувати з двох сторін до повного загоєння пупкової ранки і відсутності ушкодження шкіри; - перед годуванням викладати дитину на живіт, починаючи з кількох секунд і поступово збільшуючи час до 5 – 10 хвилин; - виносити дитину на прогулянки (температура повітря не нижча за -5*С), починаючи з 15 – 20 хвилин і поступово збільшуючи час до 3 годин на добу і більше.	
7. Залиши матері номери телефонів дитячої поліклініки (ФАПу), графік прийому дільничного лікаря (фельдшера). Візміть у матері «Паспорт новонародженого», заведіть «Історію розвитку дитини» (форма № 112/у), у патронажному листку зазначте дату відвідування, стан дитини, теми бесід із матір'ю, поради матері.	Забезпечення передачі інформації

<u>Перший патронаж новонародженого лікарем та медсестрою</u>

Дата _____. Дитині_____ днів.
Дані про попередні вагітності_____
Перебіг даної вагітності_____
Спадковість _____
Характеристика пологової діяльності_____
Стан дитини при народженні_____
Оцінка за шкалою Апгар_____
У перші дні життя_____
Сумісні з нормою стани новонародженої дитини_____
Залишок пупкового канатика відпав_____
Стан пупкової ранки_____
Вигодовування в пологовому будинку_____
Характеристика лактації матері_____
Проведення щеплення проти туберкульозу (дата, доза, серія)_____
Діагноз, установлений у пологовому будинку_____
Лікування, якщо було проведене _____
Дані огляду на день патронажу (огляд систем та органів, оцінка неврологічного статусу, стану пупкової ранки, БЦЖ – щеплення) _____
Діагноз _____
Група здоров'я_____
Рекомендації для дитини_____
Рекомендації для матері_____
Лікар_____. Медсестра_____.

ТЕМАТИКА ПАТРОНАЖІВ

<u>Дитині 1 міс:</u>

1. Визначення показників нервово – психічного та фізичного розвитку дитини .
2. Проведення специфічної профілактики рахіту холекальциферолом.
3. Проведення бесіди з матір'ю щодо переваг грудного вигодовування.
4. Профілактика метеоризму.
5. Консультація лікаря – ортопеда.
6. Загартовування дитини, масаж.

<u>Дитині 4 міс:</u>

1. Визначення показників нервово – психічного та фізичного розвитку дитини.

2. За необхідності корекція раціону (введення першого підгодовування дитині, що перебуває на штучному вигодовуванні).
3. Проведення профілактичних щеплень.
4. Профілактика травматизму в дітей.
5. Загартовування дитини, масаж.
6. Рекомендації щодо створення позитивного психоемоційного мікроклімату для дитини в сім'ї.

Дитині 6 міс:

1. Визначення показників нервово – психічного та фізичного розвитку дитини.
2. Режим для дитини грудного віку.
3. Поради щодо вигодовування.
4. Профілактика гострих респіраторних вірусних інфекцій.

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
ПРОВЕДЕННЯ ДОПОЛОГОВОГО ПАТРОНАЖУ

Оснащення: Рушник, мило, чистий халат.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз 'яснити вагітної мету свого відвідування.	Встановлення контакту з вагітною Забезпечення її прав на інформацію.
2. Мета першого допологового патронажу – проведення бесіди про значення режиму дня та харчування вагітної для розвитку плода. Теми бесіди: - Харчування вагітної – основний фактор забезпечення необхідного пластичного матеріалу для організму плода. - Збалансованість харчування з урахуванням необхідної кількості білків, жирів, вуглеводів та калорійності раціону. - Вітаміни, їх значення для організму вагітної та плода. - Перебування на свіжому повітрі – фактор антенатальної профілактики рахіту. - Позитивні емоції, добрий настрій – запорука народження здорової дитини.	Перший допологовий патронаж вагітної здійсніть протягом перших 10 днів після отримання повідомлення про вагітну з жіночої консультації. Поради: 1. Профілактика алергійних захворювань у новонародженого. 2. Раціональне харчування вагітної. 3. Профілактика гнійно – септичних захворювань. 4. Профілактика інфекційних захворювань у вагітної.

Перший допологовий патронаж

П.І.Б. вагітної _____
Вік _____
Перебуває на диспансерному обліку _____
Місце роботи, професія _____
П.І.Б. чоловіка _____
Вік _____
Перебуває на диспансерному обліку _____
Місце роботи, професія _____
Місце проживання _____
Чи зареєстрований шлюб, який за рахунком _____
Термін вагітності _____
Яка вагітність _____
Перебуває на обліку в жіночій консультації _____
Чим закінчилась попередня вагітність _____
Скільки осіб мешкає у квартирі _____
Наявність хронічних захворювань у членів сім'ї _____
Передбачуваний термін пологів _____

3. Мета другого допологового патронажу – підготовка членів сім'ї до народження дитини, приготування всього необхідного для догляду за новонародженим. Розповідь про поведінку та розвиток немовляти, його вигодовування.	Другий допологовий патронаж вагітної здійсніть на 32 – му тижні вагітності.
Другий допологовий патронаж Термін вагітності _____ Наявність гестозу _____ Самопочуття вагітної _____ Чи знаходиться в декретній відпустці _____ Захворювання під час вагітності _____ Чи отримувала лікування _____ Поради: 1. Підготувати необхідне для догляду за новонародженим. 2. Підготовка грудних залоз до годування новонародженого. 3. Раціональне харчування та питний режим вагітної. 4. Режим дня вагітної. 5. Антенатальна профілактика рахіту, анемії.	
4. Про проведені допологові патронажі зробіть відмітки в листках допологового патронажу, які пізніше додають до «Історії розвитку дитини» (форма № 112/у).	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ПРОВЕДЕННЯ ПЕРВИННОГО ТУАЛЕТУ НОВОНАРОДЖЕНОГО

Оснащення:

Стерильні гумові рукавички, стерильні затискачі, стерильні ножиці, 0,5% еритроміцинова або 1% тетрацикліно мазі, електронний термометр, стерильні серветки, стерильна одноразова клема, сантиметрова стрічка, ваги, теплі пелюшки, сорочечка, шапочка, повзуни, шкарпетки, рукавички, тепла ковдра.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз'яснити матері мету і хід процедури	Забезпечення права на інформацію, участь в Процедурі
2.Підготувати необхідне оснащення, ввімкнути лампу – обігрівач, підігріти пелюшки	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Вимити і висушити руки, надягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4.В теплому світлому приміщенні відразу після народження дитину викладають на живіт матері (контакт «шкіра до шкіри), здійснюють обсушування голови і тіла дитини попередньо підігрітою стерильною пелюшкою, одягають дитині шапочку і шкарпетки, накривають сухою чистою пелюшкою та ковдрою	Забезпечення дотримування теплового ланцюжка згідно наказу № 152 від 04.04.2005 року « Протокол медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною».

5.Медпрацівник замінює стерильні рукавички. Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв. після народження дитини , накладають стерильні затискачі на пуповину. Перший затискач – на відстані 8 см від пупкового кільця дитини , другий затискач – на відстані 10 см від пупкового кільця дитини, третій затискач – біля статевих органів матері. Перерізають стерильними ножицями, , за умови задовільного стану дитини перекладають дитину на груди матері (контакт «очі – в – очі»)	Забезпечення відокремлення дитини від матері
6.За появи пошукового і смоктального рефлексу дитині допомагають здійснити перше раннє прикладання дитини до грудей матері.	Забезпечення більш раннього прикладання дитини до грудей матері
7.Через 30 хв. після народження дитини електронним термометром вимірюють новонародженому температуру тіла в аксилярній ділянці та записують результати термометрії у карті розвитку новонародженого	Забезпечення дотримання умов теплового ланцюжка, запобігання переохолодженню дитини
8.Медпрацівник проводить обробку рук. Після проведення контакту матері і дитини «очі в очі» (але не пізніше першої години життя дитини) медпрацівник проводить закладання за повіки новонародженому (дівчаткам і в статеву щілину) 0,5% еритроміцинову або 1% тетрациклінову мазі одноразово	Забезпечення проведення профілактики офтальмії
9. Через 2 години після народження перекладають дитину на зігрітий сповивальний стіл, здійснюють накладання стерильної одноразової клеми на 0,3 – 0,5 см від пупкового кільця. Вимірюють зріст, обвід голови та грудної клітини, зважують новонародженого.	Забезпечення проведення обробки пуповинного залишку, антропометрії дитини
10.Медсестра одягає дитині чисті повзуни, сорочечку, шапочку, шкарпетки, рукавички. Дитина разом з матір'ю накривається ковдрою і переводиться в палату спільного перебування .	Забезпечується дотримання умов теплового ланцюжка.
7. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
8.Зробити відмітку в історії новонародженого	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

“ БРАТИ КАЛ НА КОПРОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ”

1.ПФ.С.23.ПП.Н.19.04

Оснащення: Чистий горщик, дерев’яна або скляна паличка, контейнер (скляний або пластмасовий).

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз ‘яснити матері мету і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Оброби горщик окропом. Випорожнення збери у чистий горщик. Дерев’яною або скляною паличкою візьми із 3 різних місць випорожнення в контейнер в кількості 30 – 50 г.	Забір матеріалу на дослідження.
5. На контейнер наклеюють етикетку з зазначенням прізвища, ім’я хворого, відділення, палати, назви дослідження, дати, підпис медсестри. Відправ в клінічну лабораторію.	Забезпечення передачі інформації.
7. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
8.Зроби відмітку у листку призначень про виконання процедури в умовах стаціонару	Забезпечення передачі інформації

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

ГОДУВАТИ ПАЦІЄНТА З ПЛЯШЕЧКИ, СОСКИ

1.ПФ.С.19.ПП.Н.12.01

Оснащення: Грудне материнське молоко або суміш, переварена вода, пляшечка, соска.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Роз’яснити матері мету і хід проведення процедури	Забезпечення правильного щоденного годування дитини
2. Підготувати все необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Розрахувати необхідну для дитини кількість молока на добу і на одне годування (ДКІ та РКІ).	Забезпечення введення необхідної кількості Молока
4. Вимити і висушити руки. Надягнути маску, косинку. Підготувати дитину до годування.	Забезпечення інфекційної безпеки
5.Налити в пляшечку необхідну кількість свіжої суміші або зцідженого молока, температура 38 – 40*С	Попередження інфекційних захворювань шлунково – кишкового тракту
6.Якщо соска нова, зробити в ній отвір розкаленою товстою голкою	При наявності великого отвору в сосці збільшується вірогідність потрапляння великої

	кількості повітря в шлунок під час годування, при малому отворі – дитина буде швидко втомлюватись.
7.Одягнути соску на пляшечку. Перевірити швидкість витікання суміші та її температуру, декілька крапель рідини налити на внутрішню поверхню свого променевозап'ясного суглоба	Рідина з пляшечки повинна витікати не цівкою, а важкими краплями Теплий розчин не викликає спазму гладеньких м'язів шлунка, добре всмоктується, не викликає опіків слизової оболонки
8.Візьми дитину, зручно сядь. Дитину тримай так, щоб голова дитини знаходилась на ліктьовому згині, з підвищеним головним кінцем 	Профілактика аспірації
9.При годуванні дитини тримай пляшечку так, щоб суміш постійно заповнювала звужену частину пляшечки та соску. 	Попередження заковтування повітря(аерофагія
10. Після го потримай дитин вертикальному положенні 2 – 5	Видалення повітря, яке потрапило в шлунок під час годування

11.Поклади дитину в ліжко на бік з підвищеним головним кінцем	Профілактика аспірації при можливому Зригуванні
12.Зніми соску з пляшечки,звільни пляшечку від залишків суміші або молока. Промий пляшечку і соску під проточною водою, знежир 2 – 3% розчином натрію гідрокарбонату, промий під проточною водою. Знезараж кип'ятінням протягом 30 хвилин. Пляшечку можна простерилізувати в сухожаровій шафі при температурі 180*С – 30 хвилин, або Т – 120*С – протягом 45 хвилин	Забезпечення інфекційної безпеки

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ

"ПРОВОДИТИ ПЛАНОВІ ЩЕПЛЕННЯ "

2.ПФ.С.34.ПП.О.492.01

Оснащення: Стерильні ватні кульки, пінцети, марлеві серветки, шприци, голки, гумові рукавички, темний ковпачок, 70% спирт, вакцина БЦЖ, дезінфекційний розчин.

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури.	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками.
2. Перевірити в історії розвитку дитини запис лікаря про стан здоров'я дитини, дозвіл на проведення щеплення згідно віку дитини.	Забезпечення дотримання показань і протипоказань до щеплення.
3. В теплому світлому приміщенні процедурного кабінету роздягнути дитину і покласти її на кушетку або на руки матері.	Створення комфортних умов для дитини.
2. Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки
Проведення щеплення проти туберкульозу	
1. Перевірити цілісність ампул, термін зберігання вакцини. Обробіть шийку ампули з сухою вакциною БЦЖ, відкрийте її. Обробіть шийку ампули з розчинником (фізіологічним розчином) – наберіть в шприц 2 мл. Введіть 2 мл фізіологічного розчину в ампулу з сухою вакциною. .	Вакцина зберігається в холодильнику, у пологовому будинку в спеціальній кімнаті.. Одна вакцинна доза міститься в 0,1 мл розведеної вакцини, що становить 0,05 мг культури БЦЖ.
2 Наберіть у туберкуліновий шприц 0,2 мл розведеної вакцини. Надлишок (0,1 мл) вакцини витисніть в лоток з дезрозчином. Шкіру зовнішньої поверхні лівого плеча на межі між верхньою та середньою третиною обробіть двічі 70% розчином етилового спирту, просушіть стерильною ватною кулькою. Натягніть шкіру в ділянці ін'єкції. Введіть голку внутрішньошкірно зрізом догори і введіть 0,1 мл вакцини.	Забезпечується правильність введення вакцини. При правильному введенні вакцини з'являється папула білуватого кольору, діаметром 5-6 мм. Через 15 – 20 хв папула зникає.
3. Відкриту ампулу накрийте стерильною серветкою та темним ковпачком. Відкриту ампулу зберігайте не більше 2 годин. Ампулу з невикористаною вакциною занурьте в лоток з дезрозчином. Зніміть гумові рукавички, вимийте та висушить руки.	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Місце вакцинації не можна обробляти йодом , не слід накладати пов'язку. Необхідно оберігати місце ін'єкції від механічного ушкодження.	Запобігання виникненню алергічних реакцій.
5. Дані про проведення щеплення запишіть в «Історію розвитку дитини», «Журнал реєстрації щеплень», карту профщеплень. Зазначте дату щеплення, серію і контрольний номер вакцини.	Забезпечення передачі інформації
6. Після щеплення через 4 – 6 тижнів розвивається специфічна реакція : папула, везикула, пустула діаметром 5 – 10 мм. Поствакцинальна реакція триває протягом 2-3 міс. Якщо в пологовому будинку дитині не проведено вакцинацію, то дітям віком понад 2 міс її проводять після негативної проби Манту. Імунітет утворюється через 6 – 8 тижнів. Перед ревакцинацією проводять пробу манту. Інтервал між пробою Манту і ревакцинацією повинен становити не менше 3 діб і не більше 2 тижн. На місці щеплення утворюється рубчик до 10 мм у діаметрі.	

АЛГОРИТМ ДІЙ ГАЛУЗЕВОГО СТАНДАРТУ ОСВІТИ
"ЗБИРАННЯ СЕЧІ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ НА ГЛЮКОЗУ"

Оснащення: Ємність для збирання сечі , горщик

ЕТАПИ	ОБГРУНТУВАННЯ
1.Ввічливо привітатися, назвати себе, отримати дозвіл на проведення процедури . Роз 'яснити матері мету і хід процедури, попередь, що дослідження проводять протягом доби	Встановлення контакту з пацієнтом та його батьками Забезпечення прав дитини , матері на інформацію
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості виконання процедури
3.Знезаразити руки, одягнути гумові рукавички	Забезпечення інфекційної безпеки
4. Першу порцію сечі о 6.00 ранку злий і не враховуй	Ця порція сечі з попереднього дня
5. Усі наступні порції сечі збирають у підготовлену ємність (банку). Останній раз дитина мочиться в банку о 6.00 ранку наступного дня. Збирай сечу в горщик. Зливай в банку для зберігання сечі.	Зберігай ємність з сечею в темному, прохолодному місці
6. Визначте добову кількість сечі. Ретельно розмішайте сечу паличкою. У сухий чистий слоїк налийте 200 мл сечі.	У здорової дитини глюкоза в сечі відсутня.
7. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки
8.Заповніть бланк направлення. **Направлення до клінічної лабораторії** Аналіз сечі на глюкозу П.І. дитини_____ Вік_____- Відділення або адреса_____ Діагноз_____ Кількість виділеної сечі_____ Дата_____ Підпис_____ Слоїк з сечею відправте до клінічної лабораторії. Про забір сечі на глюкозу зробіть відмітку в листку призначень.	Забезпечення передачі інформації