

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНА КАРТА

Предмет з медсестринства у внутрішній медицині

Для III курсу сестринська справа

відділення

Заняття № 21 Практичне

Теоретичне

Тема заняття: Робота медичної сестри в поліклінічному відділенні та стаціонарі терапевтичного профілю лікувально профілактичних закладів (ЛПЗ). Робота в блоці інтенсивної терапії.

Мета заняття

а) **навчальна** Оволодіти методикою огляду тяжко хворих, аналізу клінічних симптомів, синдромів, даних додаткових методів обстеження.

б) **виховна** Виховати відчуття відповідальності до обраної професії, чуйне ставлення до пацієнтів.

Міжпредметні зв'язки:

а) які забезпечують інші предмети анатомія, фізіологія,

б) які забезпечуються іншими предметами: кардіологія.

Забезпечення заняття:

а) **наочні посібники** хворі, історії хвороби, таблиці, бланки аналізів лікарські препарати.

б) **технічні засоби навчання** термометр, температурний лист, пінцет, лоток з ватними кульками, тонометр.

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

г) література:

основна Н. М. Середюк «Внутрішні хвороби» ст..311-368.

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

д) **місце проведення заняття** стаціонар, учбова кімната.

ЗМІСТ ТА ХІД ЗАНЯТТЯ

№ елементу та його пріоритетність	Елементи заняття, навчальні питання і форми, методи навчання та засоби забезпечення	Доповнення, зміни, зауваження
1	2	3
1 1 2	Організація заняття	
2 15-25	<p>Контроль знань та умінь по темі:</p> <p>Робота медичної сестри в поліклінічному відділенні та стаціонарі терапевтичного профілю лікувально профілактичних закладів (ЛПЗ). Робота в блоці інтенсивної терапії.</p>	
	усний, письмовий, програмований, індивідуальний і т.д.	
	1.Які препарати для купірування больового синдрому.	

Визначення нової теми

(називається тема, навчальна мета і мотивація)

Робота медичної сестри в поліклінічному відділенні та стаціонарі терапевтичного профілю

Лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ).

Робота в блоці інтенсивної терапії.

ПЛАН:

1. Обстеження хворого.
2. Аналіз клін. симптомів і синдромів.
3. Аналізи даних лаб. досліджень.
4. Призн. лікув., виписув. рецептів.
5. Здійснення догляду за хворими з інфарктом міокарда.
6. Надання невідкладно допомоги при больовому синдромі.
7. ЕКГ – інструментальний метод обстеження.
8. Визначення набряків добового діурезу.
9. Вирішення супутніх проблем і потреб пацієнта.
10. Оцінювання результатів м/с втручань та їх корекція.

Закріплення та контроль засвоєння нової теми

1. Задачі.

2. Контрольні завдання.

Підведення підсумків заняття

Оголошення оцінок.

Домашнє завдання

Н. М. Середюк «Внутрішні хвороби». ст.232-254.

Інструктивна карта

для проведення практичного заняття

з медсестринства у внутрішній медицині, № 21, 4 год (академічних години)

для III курсу медсестринська справа відділення

I. Тема: Робота медичної сестри в поліклінічному відділенні та стаціонарі терапевтичного профілю лікувально - профілактичних закладів (ЛПЗ). Робота в бл інтенсивної терапії.

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

1. Етіологія захворювання.
2. Клінічну картину захворювання.
3. Дані лабораторних м – дів дослідження.
4. Методи лікування.

уміти:

1. Обстежити тяжкохворих в БІТ.
2. Визначити клініч. синдроми і симптоми х – би.
3. Аналізувати дані лаб. досліджень.
4. Виписувати рецепти.

III. Обладнання:

Тонometr, фонендоскоп.

IV. Питання для повторення:

Догляд за тяжкохворими в БІТ.

V. Хід роботи:

1. Обстеження хворого.
2. Аналіз клініч. симптомів і синдромів.
3. Аналізи даних лаб. досліджень.
4. Призн. лікув., виписув. рецептів.
5. Здійснення догляду за хворими з інфарктом міокарда.
6. Надання невідкладно допомоги при больовому синдромі.
7. ЕКГ – інструментальний метод обстеження.
8. Визначення набряків добового діурезу.
9. Вирішення супутніх проблем і потреб пацієнта.
10. Оцінювання результатів м/с втручань та їх корекція.

Алгоритм № 2

Внутрішньовенне струминне введення лікарських засобів.

Необхідні дії	Обґрунтування
1. Підготовка до процедури	Встановлення контакту з пацієнтом
Психологічно підготувати пацієнта до маніпуляції	
2. Отримати згоду на її проведення	Дотримується право пацієнта на інформацію
3. Уточнити індивідуальну чутливість до препарату	Забезпечується попередження ускладнень
4. Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується ефективне виконання процедури
5. Помити руки під проточною водою двічі з милом, висушити паперовим рушником і обробити антисептиком для рук	Забезпечується інфекційна безпека
6. Одягнути маску, захисні окуляр/екран, водонепроникний фартух, рукавички	Забезпечується інфекційна безпека
7. Виконання процедури	Забезпечується виконання процедури
Підготувати весь стерильний матеріал та шприц до виконання ін'єкції	
8. Зверити напис на упаковці з листом призначення (назва, концентрація, кількість, термін придатності)	Забезпечується попередження помилкового введення ліків, правильність дозування
9. Набрати в шприц ліки та розчинник з ампул та флакону. Надіти ін'єкційну голку, перевірити її прохідність, поршнем витискаючи повітря з шприца	Створюються умови для виконання процедури
10. Запитати пацієнта про його самопочуття	Оцінка стану пацієнта
11. Запропонувати йому сісти чи лягти. Визначити місце ін'єкції	Забезпечується зручність виконання процедури
12. Передпліччя пацієнта укласти на тверду основу внутрішньою поверхнею догори. Під лікоть підкласти гумову подушечку та клейонку	Забезпечується повне розгинання ліктьового суглобу
13. Визначити пульс на променевій артерії	Забезпечується подальше порівняння властивостей пульсу
14. Накласти на плече, на 5-7 см вище ліктьового суглоба, гумовий джгут (на сорочку, рушник чи серветку) так, щоб вільні кінці були спрямовані вгору	Забезпечується наповнення вени. Попереджається травмування шкіри плеча
15. Перевірити пульс на променевій артерії	Забезпечується правильне накладання джгута
16. Попросити пацієнта кілька раз стиснути і розтиснути кулак	Забезпечується наповнення вени
17. Вибрати найбільш наповнену вену	Забезпечується ефективність

	виконання процедури
18. Попросити пацієнта затиснути кулак	Забезпечується наповнення вени
19. Обробити спиртом гумові рукавички ватними кульками, змоченими спиртом	Забезпечується інфекційна безпека
20. Обробити внутрішню поверхню ліктьового згину двома ватними кульками, змоченими в спирті, зняти залишки спирту	Забезпечується інфекційна безпека
21. Взяти шприц у праву руку так, щоб вказівний палець фіксував муфту голки, а інші охоплювали циліндр шприца	Забезпечується правильне положення шприца
22. Перевити прохідність голки та відсутність повітря в шприці	Забезпечується попередження ускладнень
23. Першим пальцем лівої руки відтягнути шкіру ліктьового згину вниз за ходом вени. Зафіксувати вену	Створюються умови ефективного виконання процедури
24. Тримаючи шприц паралельно до шкіри, зрізом голки догори, провести венепункцію. Відчувши «провал», легенько підтягнути поршень до себе до появи крові в шприці	Перевірка знаходження шприца у вені
25. Під муфту голки підкласти стерильну серветку	Дотримується інфекційна безпека
26. Зняти джгут лівою рукою	Забезпечуються умови виконання процедури
27. Попросити пацієнта розтиснути кулак; ще раз потягнути поршень на себе	Перевірка знаходження шприца у вені
28. Не змінюючи положення шприца, першим пальцем лівої руки натиснути на рукоятку поршня, повільно ввести ліки (стежити за станом пацієнта), залишити в шприці 1 мл рідини	Забезпечується введення ліків та попередження ускладнень
29. Притиснути до місця ін'єкції ватну кульку, змочену в спирті, різким рухом витягнути голку на серветку	Забезпечується і інфекційна безпека
30. Попросити пацієнта зігнути руку в ліктьовому суглобі разом з ватною кулькою на 3-5 хвилин до зупинки кровотечі	Забезпечується попередження ускладнень
31. Запитати у пацієнта про його самопочуття. Забрати ватну кульку	Забезпечується попередження ускладнень
32. Закінчення процедури Продезінфікувати використане оснащення	Забезпечується інфекційна безпека
33. Зняти фартух, окуляри/екран, маску, рукавички, покласти у водонепроникний мішок. Вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека
34. Зробити запис про проведення процедури та реакцію на неї пацієнта у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури та послідовність догляду

Алгоритм № 4

Заповнення системи одноразового використання для внутрішньовенного краплинного введення лікарського засобу.

Необхідні дії	Обґрунтування
1. Підготовка до процедури Пояснити пацієнту хід і сутність майбутньої процедури	Встановлення контакту з пацієнтом, заохочення до співпраці
2. Надати інформацію про лікарський препарат і його побічні дії	Дотримується право пацієнта на інформацію
3. Отримати згоду на її проведення	Дотримується право пацієнта на інформацію
4. Підготувати оснащення	Забезпечується швидке і ефективне проведення процедури
5. Помити руки під проточною водою двічі з милом, висушити паперовим рушником і обробити антисептиком для рук	Забезпечується інфекційна безпека
6. Одягнути маску, рукавички	Забезпечується інфекційна безпека
7. Виконання процедури Підготувати весь стерильний матеріал до виконання ін'єкції. Перевірити упаковку системи на герметичність та термін придатності. Звірити напис на флаконі з призначенням лікаря (назву, концентрацію, кількість), перевірити герметичність упаковки, термін придатності, прозорість рідини	Забезпечується попередження ускладнень. Забезпечується інфекційна безпека
8. Металевий диск флакону обробити ватною кулькою, змоченою в спирті, пінцетом зняти центральну частину металевої кришки, гумовий корок обробити: спирт-йод-спирт	Забезпечується інфекційна безпека
9. Обробити рукавички ватними кульками, змоченими спиртом	Забезпечується інфекційна безпека
10. Ножицями розкрити пакет із одноразовою системою для внутрішньовенного краплинного введення	Забезпечується інфекційна безпека
11. Зняти ковпачок із голки повітровода, ввести її до упору через гумовий корок у флакон	Забезпечується видалення повітря із флакона
12. Зняти ковпачок із голки, яка знаходиться ближче до крапельниці, ввести її на 2/3 через гумовий корок у флакон	Попередження проникнення повітря у систему
13. Закрити гвинтовий затискач	Попередження проникнення рідини у систему
14. Перевернути флакон догори дном і закріпити його на штативі	Забезпечується рух рідини

15. Ін'єкційну голку разом з ковпачком зняти і покласти у підготовлений стерильний лоток	Забезпечується швидше заповнення системи
16. Повернути крапельницю в горизонтальне положення. Повільно, відкриваючи гвинтовий затискач, заповнити її до половини об'єму. Затискач закрити	Забезпечується заповнення лише крапельниці
17. Відкрити гвинтовий затискач, повільно заповнити довгу трубку системи до повного витіснення бульбашок повітря і появи краплин розчину з канюлі для насадки голки	Забезпечується видалення повітря із системи
18. Гвинтовий затискач закрити	Попередження втрати лікарського розчину
19. Перевірити відсутність бульбашок повітря в системі	Забезпечується попередження повітряної емболії
20. Приєднати ін'єкційну голку. Відкрити гвинтовий затискач, пропустивши кілька крапель розчину через ін'єкційну голку	Перевірка прохідності голки та витіснення із неї повітря
21. Покласти у стерильний лоток стерильні ватні кульки, змочені спиртом та стерильні серветки	Забезпечується інфекційна безпека
22. Приготувати рушник, джгут, клейонку, 2-3 стрічки вузького липкого пластиру довжиною 4-5 см, подушечку	Забезпечується виконання процедури
23. Продовжити процедуру в палаті пацієнта	Забезпечення комфорту пацієнта

Алгоритм № 11

Вимірювання артеріального тиску.

Етапи	Обґрунтування
1. Підготовка до процедури Пояснити пацієнту мету та хід процедури	Дотримується право пацієнта на інформацію
2. Отримати згоду пацієнта на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта
3. Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується можливість проведення процедури
4. Вимити і висушити руки	Дотримуються інфекційна безпека
5. Виконання процедури Накласти манжетку на оголене плече пацієнта на 2-3см вище від ліктьового згину (одяг не повинен стискати плече вище манжетки); закріпити манжетку так, щоб між нею і плечем проходив лише один палець. <i>Примітка:</i> не слід вимірювати АТ на руці з боку проведеної мастектомії, на слабкій руці пацієнта після інсульту та на паралізованій руці	Забезпечується достовірність результату Виключається лімфостаз, який виникає внаслідок нагнітання повітря в манжетку, та перетискання судин
6. Запропонувати пацієнту правильно покласти руку: в розігнутому стані долонею догори (якщо пацієнт сидить, попросити підкласти під лікоть стиснутий кулак кисті вільної руки)	Забезпечується повне розгинання кінцівки
7. Перевірити положення стрілки манометра відносно нульової відмітки шкали	Перевіряється готовність апарата до роботи
8. Протерти мембрану фонендоскопа спиртом	Дотримується інфекційна безпека
9. Знайти місце пульсації плечової артерії в ділянці ліктьової ямки і поставити на це місце мембрану фонендоскопа	Забезпечується достовірність результату
10. Закрити вентиль на груші, повернувши його вправо, і нагнати повітря під контролем фонендоскопа до тих пір, поки тиск у манжетці за показниками манометра не перевищить на 20 мм рт.ст. той рівень, за якого зникають тони Короткова	Виключається дискомфорт, пов'язаний з надмірним перетисканням артерії та забезпечується достовірний результат
11. Випустити повітря з манжетки зі швидкістю 2 мм рт.ст. за 1 с, повернувши вентиль. Одночасно фонендоскопом вислуховувати тони на плечовій артерії і слідкувати за показниками шкали манометра	За такої швидкості збільшується достовірність результату
12. У момент виникнення над плечовою артерією перших звуків (тони Короткова) запам'ятати цифри на шкалі, що відповідають систолічному тиску	Визначається систолічний тиск
13. Продовжуючи випускати повітря, зафіксувати цифри на шкалі у момент послаблення або повного зникнення тонів Короткова	Визначається діастолічний тиск
14. Оцінити результат, враховуючи величину окружності плеча. При вимірюванні на худорлявій руці АТ буде нижчим, на повній - вищим від дійсного. Значення систолічного АТ не потребує корекції при	З урахуванням цих показників забезпечується достовірність результату

<p>окружності плеча близько 30 см, діастолічного - при окружності плеча 15-20 см. При величині окружності плеча 15-30 см рекомендується до показника систоличного тиску додати 15 мм рт.ст., при окружності 45-50 см - відняти від отриманого результату 25 мм рт.ст.</p>	
<p>15. Повторити п. 11-16 ще 2 рази з інтервалом у 2-3 хв</p>	<p>Забезпечується достовірний результат вимірювання артеріального тиску</p>
<p>16. Закінчення процедури Дані вимірювання округлити до 0 або 5, записати у вигляді дробу (в числівнику систолічний тиск, у знаменнику - діастолічний), наприклад 120/75 мм рт.ст.</p>	<p>Забезпечується достовірність інформації</p>
<p>17. Повідомити пацієнту результати вимірювання</p>	<p>Забезпечується право пацієнта на інформацію</p>
<p>18. Протерти мембрану фонендоскопа спиртом</p>	<p>Дотримується інфекційна безпека</p>
<p>19. Вимити і висушити руки</p>	<p>Дотримується інфекційна безпека</p>
<p>20. Задokumentувати дані дослідження у температурний лист (форма 004/о) або іншу медичну документацію</p>	<p>Забезпечується документування результатів вимірювання артеріального тиску</p>

Алгоритм № 12

Внутрішньовенне введення лікарських засобів за допомогою периферичного катетера.

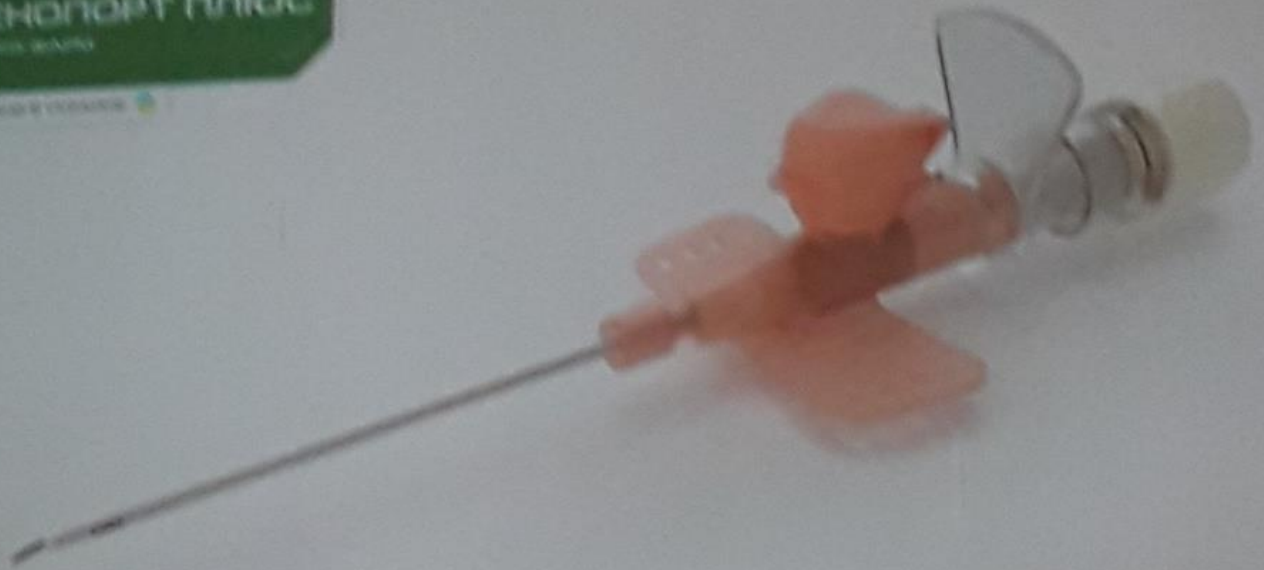
Необхідні дії	Обґрунтування
1. Підготовка до процедури Психологічно підготувати пацієнта до маніпуляції	Встановлення контакту з пацієнтом
2. Отримати згоду на її проведення	Дотримується право пацієнта на інформацію
3. Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується ефективне виконання процедури
4. Помити руки під проточною водою двічі з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником і обробити спиртом або антисептиком для рук	Дотримується інфекційна безпека
5. Зібрати набір для катетеризації периферичних вен. Перевірити цілісність упаковки та термін придатності	Забезпечується ефективне виконання процедури. Дотримуються умов використання виробів медичного призначення
6. Підготувати та поставити в зоні легкої досяжності контейнер для утилізації гострих предметів	Забезпечується зручне виконання процедури та інфекційна безпека
7. Забезпечити достатнє освітлення місця катетеризації, допомогти пацієнту зайняти зручне положення	Забезпечуються необхідні умови для виконання процедури
8. Помити руки під проточною водою двічі з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником	Дотримується інфекційна безпека
9. Накласти джгут на 10-15 см вище зони катетеризації вени	Забезпечується підготовчий етап виконання процедури
10. Попросити пацієнта кілька разів стиснути і розтиснути кулак. Вибрати найбільш наповнену вену	Забезпечується візуальна оцінка діаметру та наповненості вени
11. Зняти джгут	Забезпечується продовження процедури
12. Підібрати внутрішньовенний катетер потрібного діаметру та довжини, враховуючи: діаметр вени, необхідну швидкість інфузії, графік проведення внутрішньовенної терапії, в'язкість інфузійного розчину. Підготувати його до використання	Забезпечується ефективність виконання процедури Зменшується ризик ускладнень
13. Повторно обробити руки антисептиком	Дотримується інфекційна безпека
14. Руку пацієнта укласти на тверду основу внутрішньою поверхнею догори. Під лікоть підкласти гумову подушечку та клейонку	Забезпечується повна фіксація руки

15. Визначити пульс	Забезпечується подальше порівняння властивостей пульсу
16. Виконання процедури Одягнути фартух, маску, стерильні гумові рукавички, захисний екран (окуляри)	Забезпечується попередження професійного інфікування
17. Накласти на 10-15 см вище зони катетеризації вени гумовий джгут (на сорочку, рушник чи серветку) так, щоб вільні кінці були спрямовані вгору	Забезпечується наповнення вени. Попереджається травмування шкіри. Забезпечується зручність виконання процедури
18. Перевірити пульс на променевої артерії	Визначається правильність накладання джгута
19. Попросити пацієнта кілька раз стиснути і розтиснути кулак	Забезпечується наповнення вени
20. Вибрати найбільш наповнену вену	Забезпечується ефективність виконання процедури
21. Попросити пацієнта стиснути кулак	Забезпечується наповнення вени
22. Протерти поверхню шкіри місця катетеризації двома ватними кульками, змоченими в спирті, відповідно до розміру пов'язки для фіксації катетера. Зняти залишки спирту	Дотримується інфекційна безпека Попереджається потрапляння спирту у вену
23. Обробити спиртом гумові рукавички	Дотримується інфекційна безпека
24. Взяти стерильну серветку і покласти на місце катетеризації	Дотримується інфекційна безпека
25. Взяти вибраний катетер, використовуючи для цього безконтактний спосіб тримання катетера і зняти захисне покриття з голки. Переконавшись, що зріз голки катетера знаходиться у верхньому положенні і голка-стилет надійно зафіксована	Забезпечується ефективність виконання процедури. Дотримується інфекційна безпека
26. Першим пальцем лівої руки відтягнути шкіру через стерильну серветку вниз по ходу вени. Зафіксувати вену	Створюються умови ефективного виконання процедури
27. Проколоти шкіру катетером на голці під кутом 35-45°, спостерігаючи за появою крові в індикаторній камері. При появі крові - зменшити кут нахилу голки-стилета і «пройти по вені» 2-3 мм	Забезпечується ефективність виконання процедури. Забезпечується попередження ускладнень
28. Зафіксувати голку-стилет в нерухомому положенні, а канюлю повільно повністю зрушити з голки до вени (голка-стилет із катетера не виймається)	Забезпечується ефективність виконання процедури. Дотримується інфекційна безпека
29. Попросити пацієнта розтиснути кулак і зняти джгут лівою рукою	Забезпечуються умови виконання процедури
30. Притиснути вену кількома пальцями лівої руки вище кінчика катетера і остаточно видалити голку з катетера та одягнути заглушку	Забезпечується попередження виникнення кровотечі
31. Утилізувати голку-стилет з урахуванням правил техніки безпеки	Дотримуються правила охорони праці в галузі
32. Промити катетер безпосередньо після катетеризації вени 2 мл 0,9% розчину натрію хлориду та 3 мл після фіксації. Мінімальний об'єм розчину для промивання дорівнює подвоєному об'єму заповнення катетера та	Підтверджується успіх катетеризації. Зменшується ризик змішування

приєднаних додаткових пристроїв. Промивати катетер необхідно не менш, ніж 2 рази на добу, а також до і після проведення інфузії	введених розчинів. Попереджується тромбування шляхом створення «замка» (заповнення катетера)
33. Надійно зафіксувати катетер, використовуючи стерильну оклюзійну (герметичну) пов'язку для фіксації катетера з прозорим віконцем для зручності огляду місця катетеризації	Забезпечується попередження ускладнень
34. Запитати у пацієнта про його самопочуття	Забезпечується попередження ускладнень
35. Закінчення процедури Використане оснащення покласти у ємкості з дезінфективом	Дотримується інфекційна безпека
33. Вимити і висушити руки	Дотримується інфекційна безпека
34. Зробити запис про проведення процедури та реакцію на всі пацієнта у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури та послідовність догляду
Видалення периферичного катетера	Дотримується інфекційна безпека
1. Вимити і висушити руки	
2. Зупинити інфузію	Підготовка до закінчення процедури
3. Обробити руки антисептиком. Одягнути рукавички	Дотримується інфекційна безпека
4. Зняти фіксуючу пов'язку, попередньо змочивши антисептиком або 0,9% розчином натрію хлориду	Забезпечується легке зняття пов'язки
5. Прикласти стерильну ватну кульку, змочену спиртом, до місця катетеризації. Повільно та обережно видалити катетер із вени	Дотримується інфекційна безпека
6. Обережно притиснути місце катетеризації стерильним марлевим тампоном протягом 2-х хвилин	Забезпечується профілактика кровотечі
7. Місце катетеризації обробити антисептиком та накласти стерильну тиснучу пов'язку і зафіксувати її. Порокомсудувати не знімати та не мочити місце катетеризації протягом доби	Дотримується інфекційна безпека. Забезпечується профілактика кровотечі
8. Покласти у ємкості для дезінфекції використані матеріали	Дотримується інфекційна безпека
9. Зняти та покласти у ємкості для дезінфекції фартух, маску, захисний екран (окуляри), рукавички	Дотримується інфекційна безпека
10. Вимити і висушити руки	Дотримується інфекційна безпека
11. Зробити запис про час, дату та причину видалення катетера та реакцію пацієнта у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури та послідовність догляду

ВЕНОПОРТ ПЛЮС

ВЕНОПОРТ ПЛЮС



ВЕНОПОРТ ПЛЮС - НЕСКІСНУВАНИЙ АТРИБУТ ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЇ ТЕРАПІЇ

Активация Windows

Система безопасности Майкрософт

Ключ продукта "Активация"

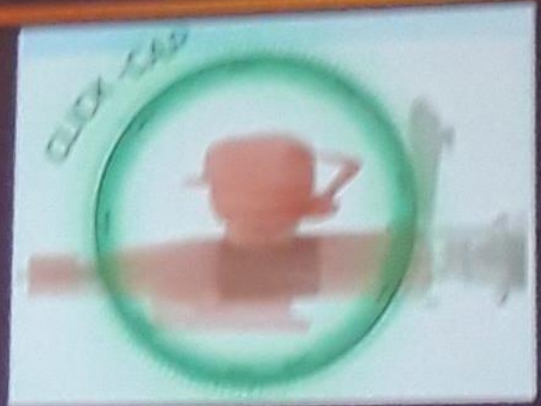
Особливості ПВК «ВЕНОПОРТ ПЛЮС»

ЕЛАСТИЧНИЙ ТИФЛОНОВИЙ КАТЕТЕР:

- ✓ Низький коефіцієнт поверхневого тертя.
- ✓ Довготривале знаходження в вені 72-96 год.
- ✓ Термoneзалежний.

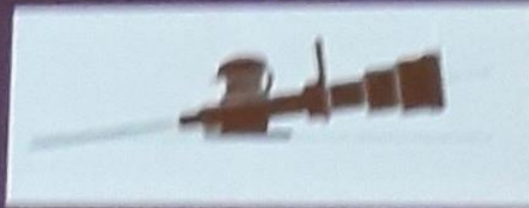
АДАПТИВНА ФОРМА КОБПАЧКА

- ✓ Має зручний козирьок з системою - клік-кап
- ✓ При введенні Л.З. не стикається з колбою шприца.



ОПТИМАЛЬНИЙ КУТ НАХИЛУ

- ✓ Полегшує становлення ПВК.
- ✓ Знижує дискомфорт для пацієнта.

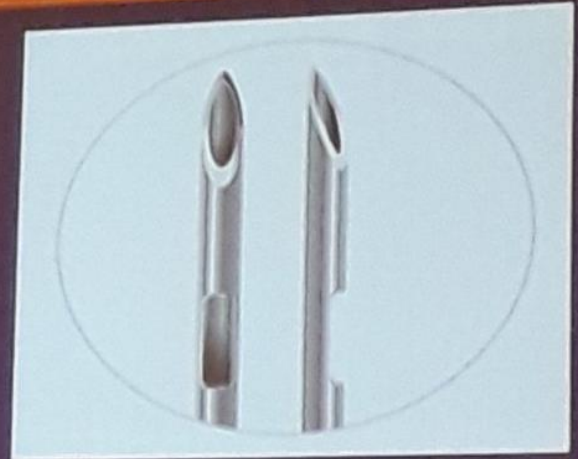


ТРИГРАННЕ ЗАДНЄ ЗАТОЧЕННЯ СТИЛЕТУ ГОЛКИ ПРОВІДНИКА

- ✓ Низька ймовірність проколу вени наскрізь.
- ✓ Високі пенетраційні властивості.

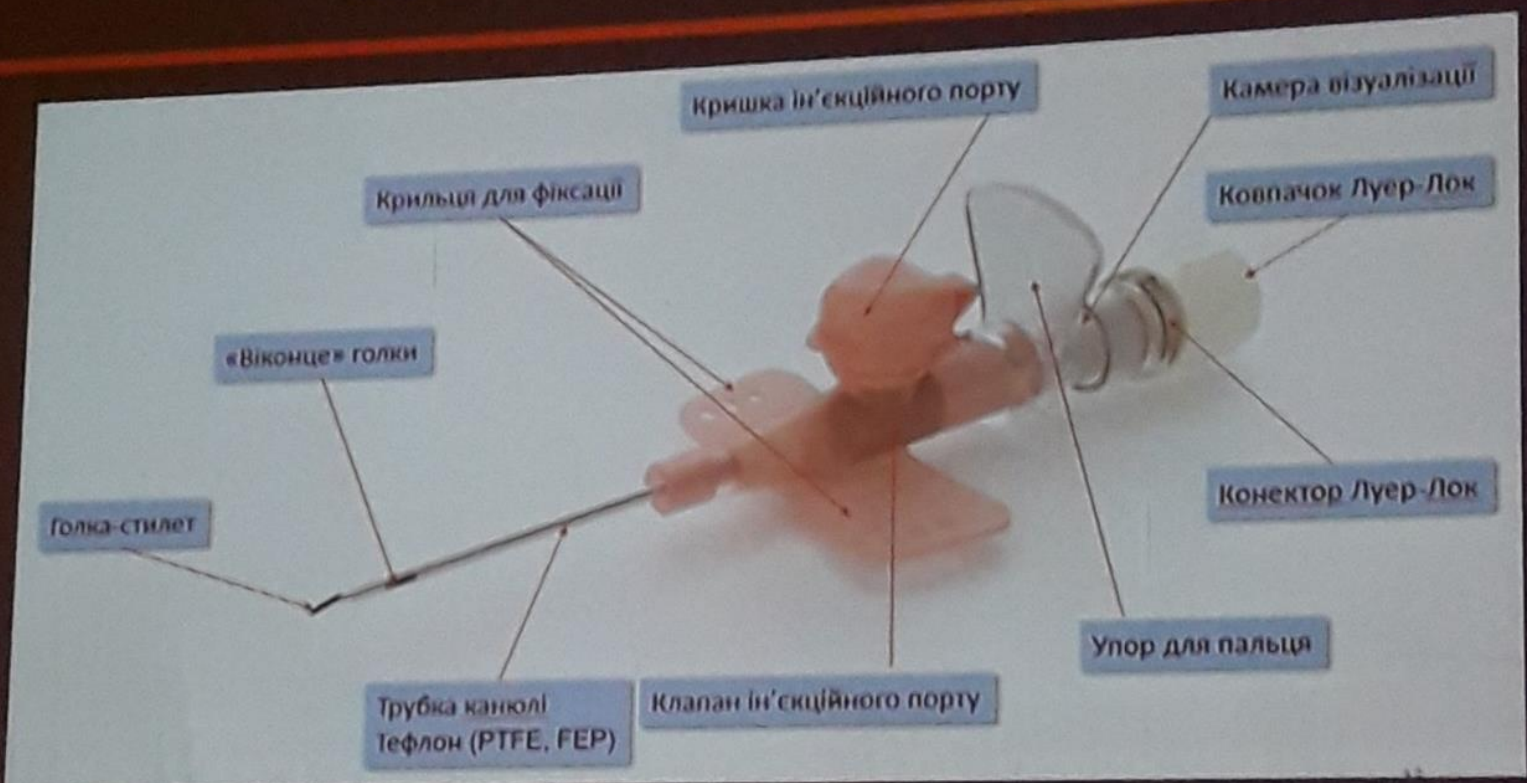


МИТТЄВА ВІЗУАЛІЗАЦІЯ УСПІШНОЇ ВЕНОПУНКЦІЇ



SMART-SLOT – бічний отвір на голці провіднику. Завдяки йому, як тільки канюля попадає в вену, кров, за рахунок капілярного ефекту зафарбовує її. Таким чином, зменшується в рази, кількість невдалих спроб і мінімізується шанс наскрізного проколу вени.

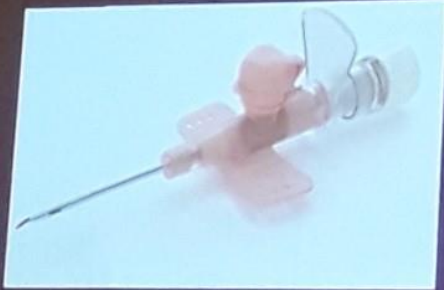
Особливості анатомії «ВЕНОПОРТ ПЛЮС»



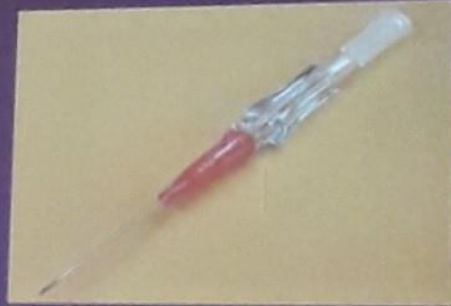
ОСНОВИ АНАТОМІЇ ПВК

КЛАСИФІКАЦІЯ

З ін'єкційним портом
З крильцями для фіксації

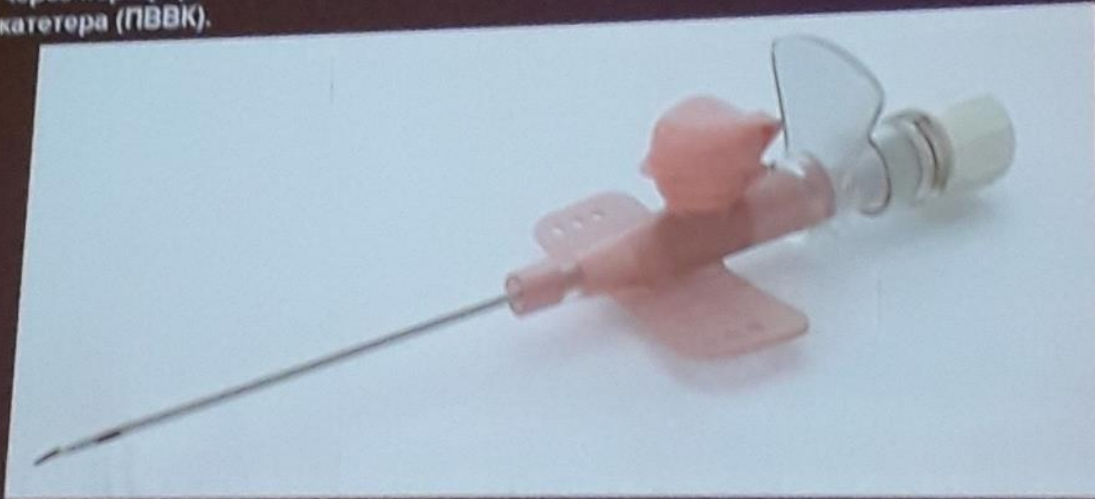


Без ін'єкційного порту
Без крилець для фіксації



ПВВК (катетеризація периферичних вен)

– це метод встановлення доступу до кровяного русла на довготривалий період часу через периферичні вени шляхом постановки периферичного внутрішньовенного катетера (ПВВК).



За один рік в світі встановлюється > 500 млн. периферичних венозних катетерів (ПВК)

ІНФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ ЧЕРЕЗ ГОЛКУ СИСТЕМИ PR МАЄ РЯД НЕДОЛІКІВ:

УСКЛАДЕННЯ – через часті пункції і тривало перебування голки в вені.

ОБМЕЖЕНІ МОЖЛИВОСТІ – проведення довготривалої інфузійної терапії > 4 годин.

ВЕЛИКИЙ РИЗИК - уколу голкою і зараження медичного персоналу.
- «втрати вени» - ненадійність.



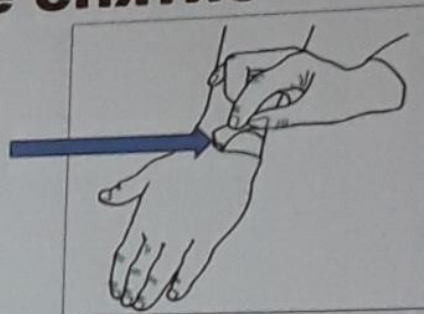
НЕЗРУЧНІСТЬ ДЛЯ ПАЦІЄНТА – обмеження рухів та скутість пацієнта.

Правильное снятие



Не тянуть под тупым углом

Не снимать быстро



Снимать постепенно и близко к коже



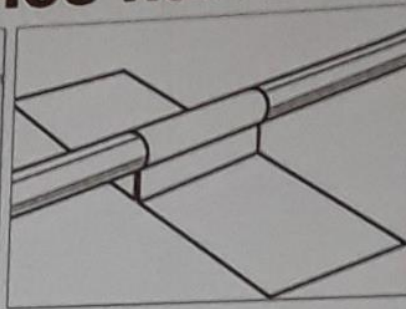
Правильное наложение



Не перетягивать



Фиксация на достаточной площади



Полный контакт



Адгезив активируется при давлении по всей площади



Большой выбор различных размеров и форм позволяет использовать повязку Tegaderm CHG™ для фиксации и защиты:

- центральных венозных катетеров (яремные, подключичные, бедренные и др),
- туннельных ЦВК,
- периферических венозных и артериальных катетеров,
- катетеров для диализа,
- катетеров для эпидуральной и региональных блокад,
- эндолимфатических катетеров,
- инфузионных портов,
- других чрекожных приспособлений.



PICC



Midline



Arterial



PIV



Subclavian*



Subclavian*



Jugular*



Femoral*

Зміна пов'язок



- Видиме витікання рідини за межі гельової подушки.
- Забруднення пов'язки
- Не видно місце катетеризації.
- Гельова подушка абсорбувала занадто багато рідини.
- Кожні 7 днів

3M

© 2015, All Rights Reserved

3M™ Tegaderm CHG™



- проявляє антисептичну активність 7 днів
- візуалізація місця постановки катетера
- має можливість постановки катетера однократно і на максимально тривалій час

3M™ I.V.

пленка
же, катетерах,

дотрагивает

блюдать и получить
ведения катетера

добства

ся. Бумажный
о края, и
к перчаткам.
тепловую

янку для

сацню

Вырез

- Повязка повторяет контуры катетера, хорошо и удобно его фиксирует и защищает

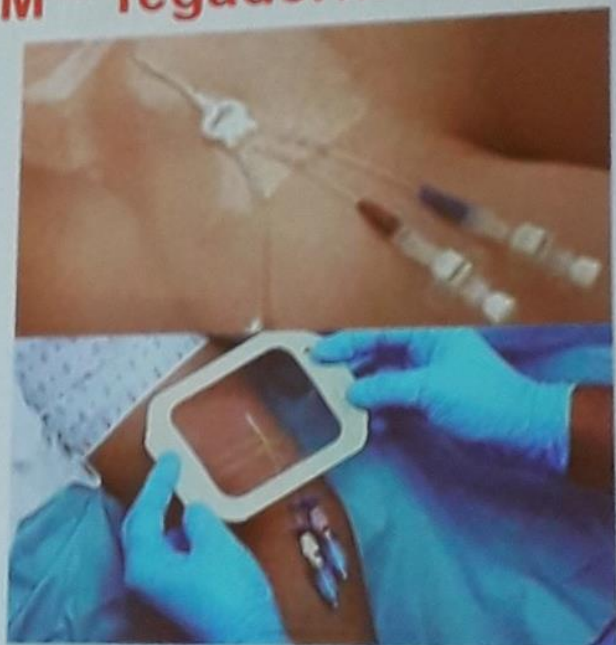
Стерильные клейкие полоски
Предназначены для удобной фиксации
портов, системы или дополнительной
фиксации катетера



3M

© 3M 2015. All Rights Reserved

Пов'язка для фіксації центральних катетерів 3M™ Tegaderm



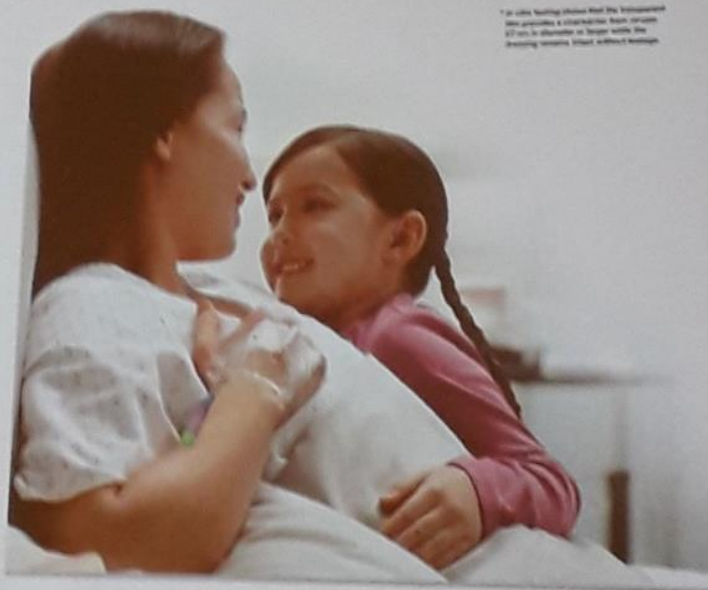
Коли видаляти периферичний катетер?

...має необхідності змінювати катетер частіше, ніж кожні 72-96 год для зниження рівня інфекції або флебіту у дорослих [36, 140, 141]. Category 1B, CDC 2011

Нові рекомендації

Периферичні катетери вимагають перестановки лише за клінічними показами, перестановка не має бути рутинною практикою...

IVAD29 EPIC3 2014, Class B



3M™ Tegaderm™ IV



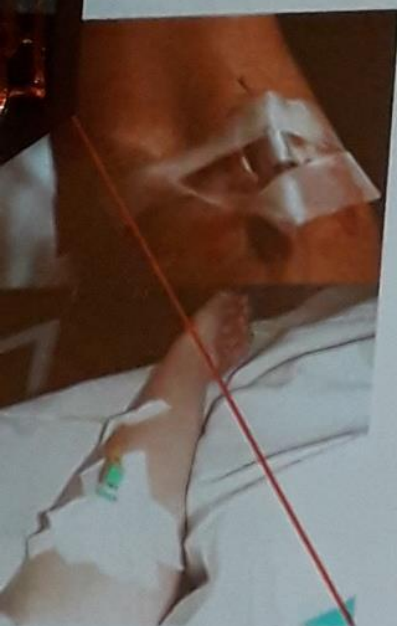
3M™ Tegaderm™

Догляд за катетером

Використовуйте **стерильні, прозорі, напівпроникні поліуретанові пов'язки** для закриття місця введення катетера EPIC3 2014, CDC 2011

Надійно зафіксувати катетер, використовуючи **стерильну оклюзійну (герметичну) пов'язку** для фіксації катетера з **прозорим віконцем** для зручності огляду місця катетеризації

Наказ МОЗ №460 2013



3M™ Tegaderm™ IV 1633



3M™ Tegaderm™ 1629



Догляд за катетером

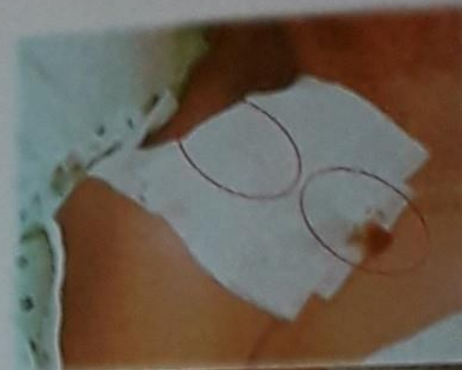
Бактерії можуть проходити через 64 шари марлі.



Місце введення катетерів треба перевіряти як мінімум кожен день. IVAD28, EPIC3 2014.

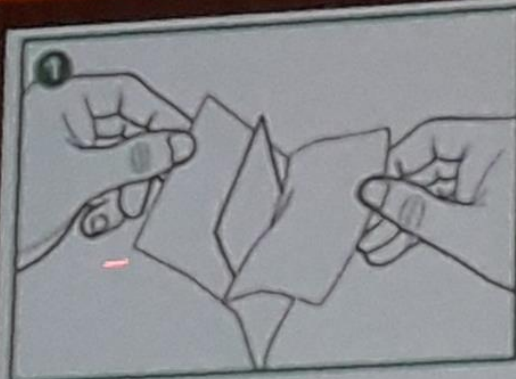
Якщо у пацієнта виділяється кров або він дуже потіє – використовуйте марлеві пов'язки до стабілізації виділень, після чого замініть на прозорі пов'язки [84–87]. CDC Category II, EPIC3 2014

Не найкращий захист для ЦВК.

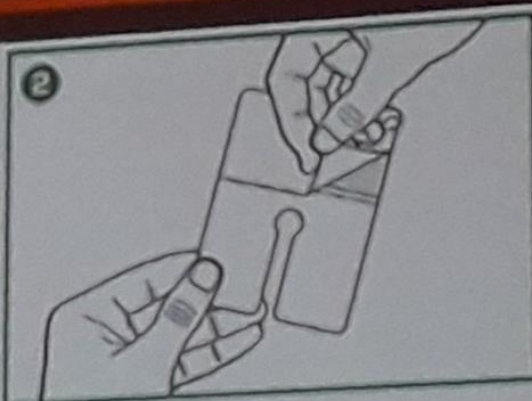


ing wet-to-dry dressings out-to-dry. Ovington LG.
in Skin and Wound Care 15(2): 79-84, March
2002.

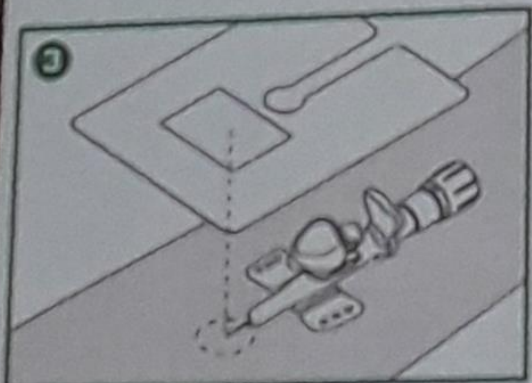
Техніка фіксації ПБВК стерильною пластирною пов'язкою Ю-ФІКС



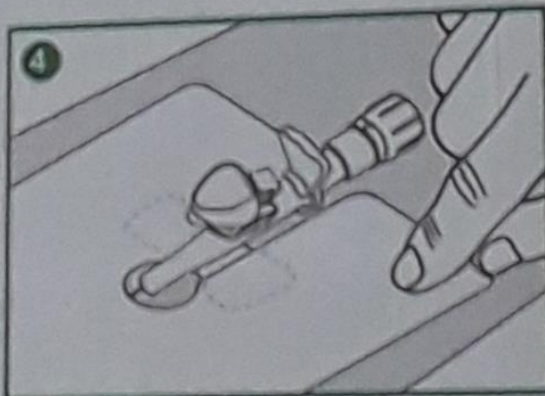
1 Розкрити упаковку та вийняти пластир.



2 Зняти захисний папір.



3 Прикласти пластир абсорбуючою подушечкою до місця інєкції.

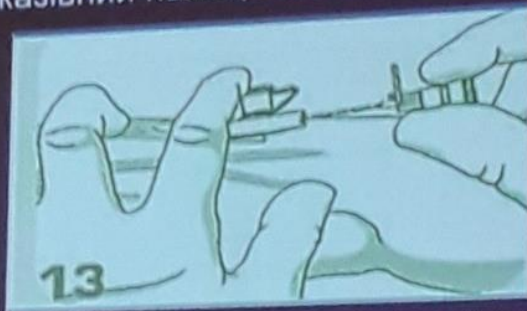


4 Зафіксувати рукавами пластиря крильця канюлі, притиснути пластир щільно до шкіри.

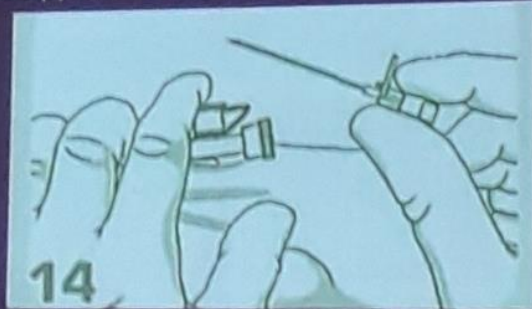
Активатор

Техніка встановлення

Середнім пальцем лівої руки на 4,5 см вище місця введення катетера притиснути вену, при цьому вказівний палець залишається на додатковому порті катетера.

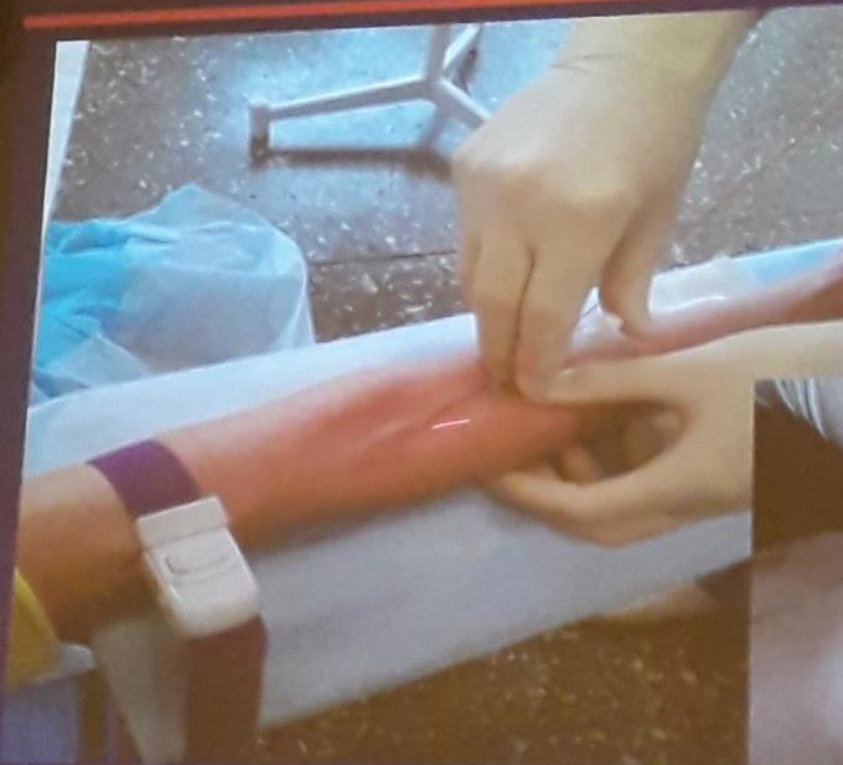


Видалити з катетера голку-провідник та під'єднати інфузійну лінію або закрити катетер заглушкою.



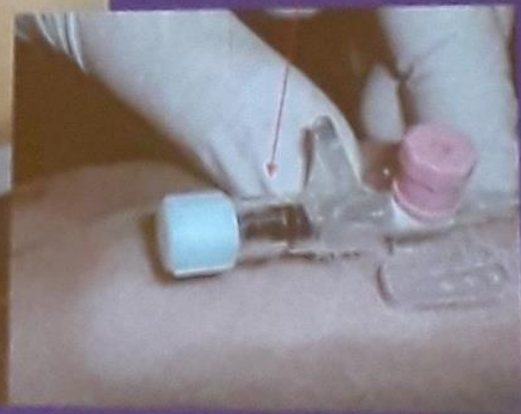
Негайно викинути голку-провідник у контейнер який не проколюється!

Візуалізація успішної венопункції «ВЕНОПОРТ ПЛЮС»

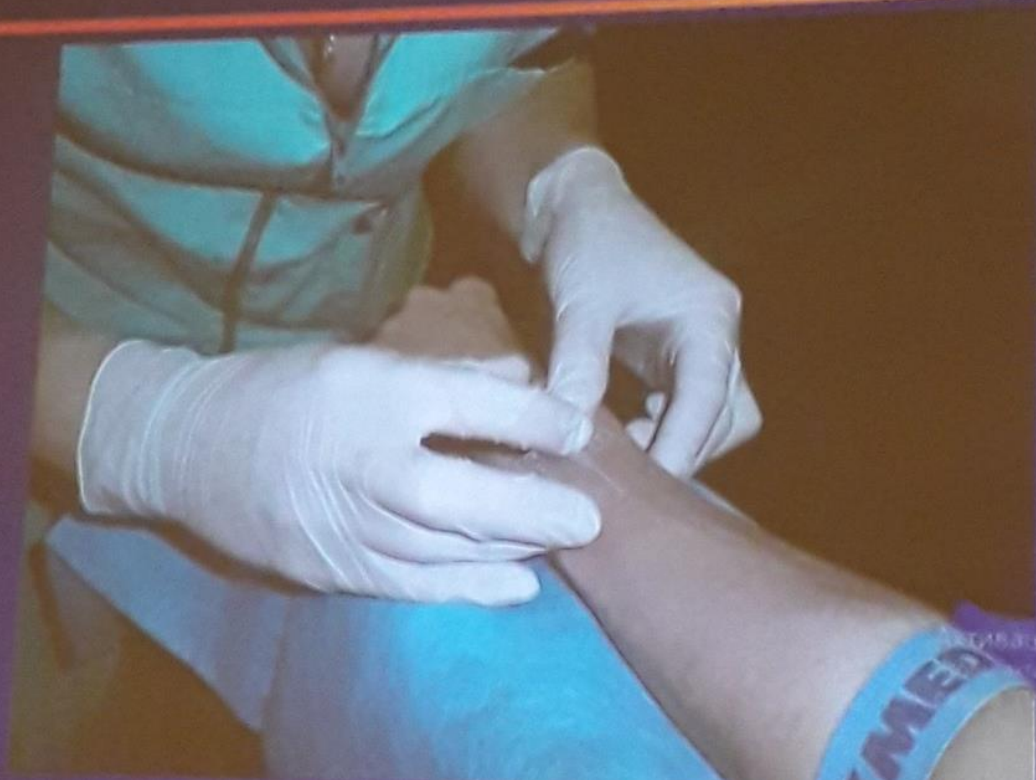


Спочатку підфарбовується канюля SMART-SLOT

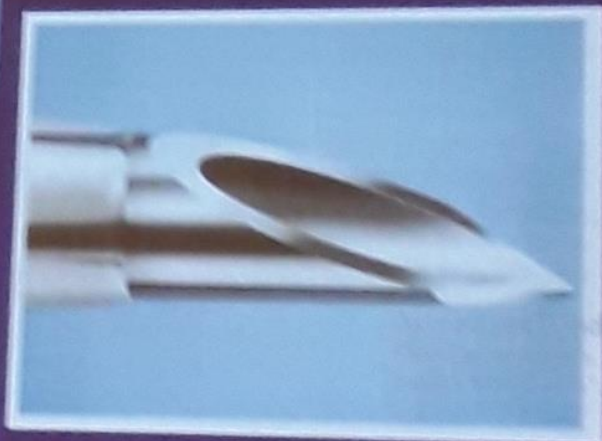
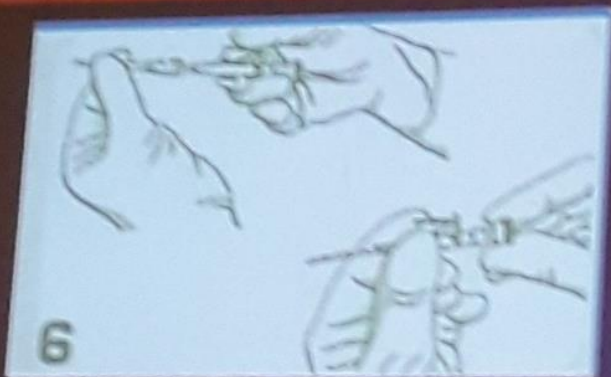
Потім камера візуалізації



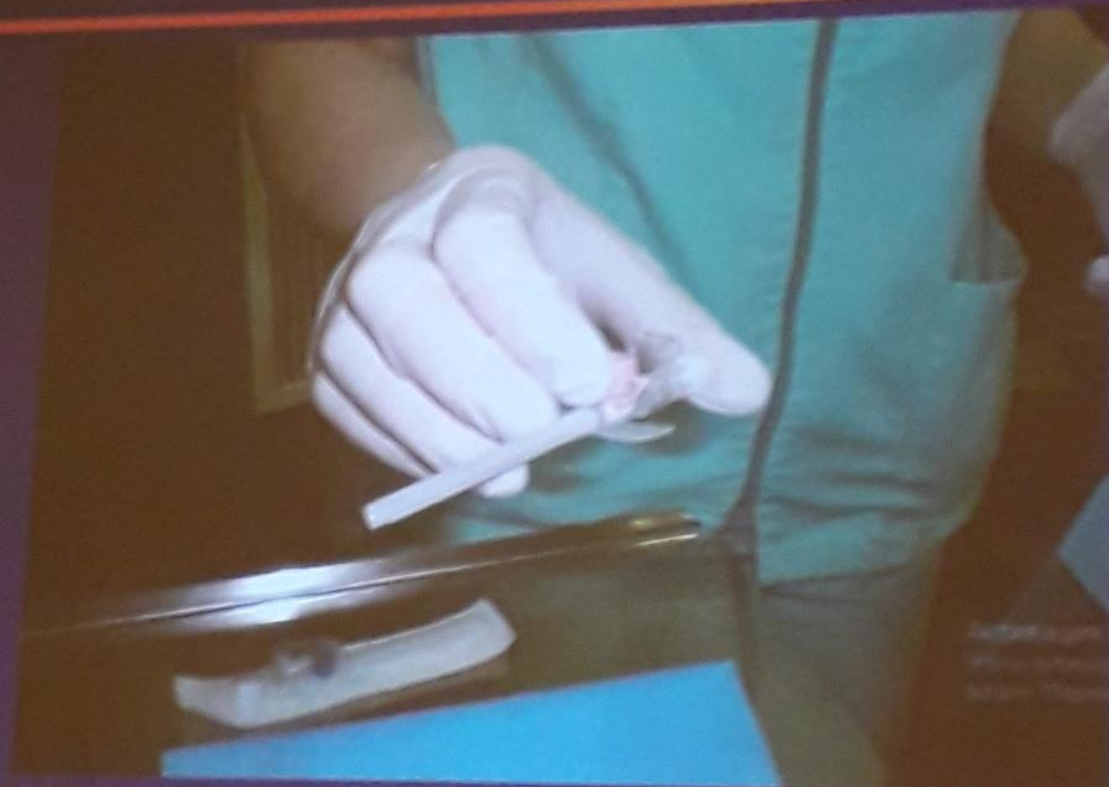
**Пункція. Почніть під гострим кутом
близько 45°**



**Знати захисний ковпачок та перевірити,
щоб зріз голки був направлений до гори.
Зняти заглушку з голки (білого кольору).**



«Захват» катетера

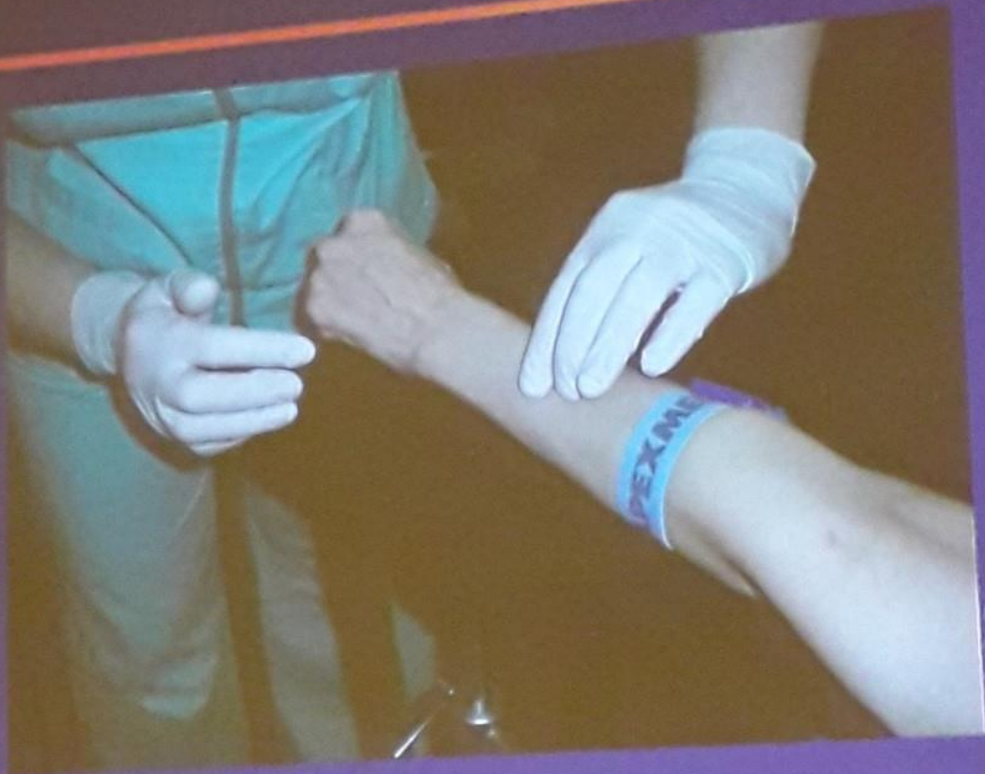


Обработка місця венепункції

круговими рухами від центру до периферії.



Вибір вени

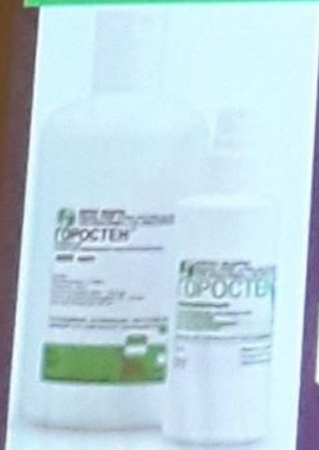


ПРАВИЛА АСЕПТИКИ ТА АНТИСЕПТИКИ

Час який Ви витратите на дотримання правил асептики та антисептики зекономить Вам набагато більше часу в майбутньому.



ГОРОСТЕН



- широкий антисептичний спектр.



- пом'якшує шкіру, зберігаючи її еластичність.
- має протизапальну дію.
- захищає від подразнюючих впливів.



- сприяє відновленню пошкодженого епітелію.