

Всеукраїнський конкурс фахової майстерності випускників
Медичних коледжів (училищ) за спеціальністю «Сестринська справа»
«ЕСКУЛАП-2018»

**Перелік практичних навичок з медсестринства у внутрішній медицині, основ
медсестринства
за спеціальністю «Сестринська справа»**

№ п/п	<i>Практичні навички з медсестринства у внутрішній медицині, основ медсестринства</i>	Рекомендо- вана література
1.	Підготуйте все необхідне та продемонструйте внутрішньошкірну діагностичну пробу на індивідуальну чутливість організму до антибіотиків. Оцініть результат.	2) с . 621 - 623 3) с. 215 - 221
2.	Підготуйте все необхідне та продемонструйте внутрішньовенне струминне введення 10 % розчину кальцію хлориду, 10 мл. Назвіть можливі ускладнення, їх профілактика.	2) с. 627 – 628 3) с. 235 - 239
3.	Підготуйте все необхідне та продемонструйте взяття крові з вени для біохімічного дослідження.	2) с. 633 - 634 3) с. 239 - 243
4.	Підготуйте все необхідне та продемонструйте заповнення системи одноразового використання інфузійним розчином для внутрішньовенного краплинного введення лікарського засобу.	2) с .635 – 641 3) с. 246 - 256
5.	Підготуйте все необхідне та продемонструйте промивання шлунка товстим зондом, взяття промивних вод на дослідження.	2) с. 719 – 722 3) с. 264 - 267
6.	Підготуйте все необхідне та продемонструйте техніку виконання очисної клізми. Назвіть показання та протипоказання.	2) с. 689 – 690 3) с. 268 - 270
7.	Підготуйте все необхідне та продемонструйте техніку виконання сифонної клізми. Назвіть показання та протипоказання.	2) с. 691 – 692 3) с. 273 - 275
8.	Підготуйте все необхідне та продемонструйте техніку виконання гіпертонічної клізми. Назвіть показання та протипоказання.	2) с. 690 3)с. 270 – 272
9.	Підготуйте все необхідне та продемонструйте збирання сечі за методом Зимницького. Назвіть нормальні	2) с.772-774 3) с.301-302

	показники дослідження.	
10.	Підготуйте все необхідне та розведіть 1 грам цефтріаксону та введіть внутрішньом'язово 500 мг.	2) с.621-623 3) с.227-235
11.	Виміряйте АТ. Показники в нормі та патології. Цифрове та графічне зображення.	2) с.544-546 3) с.150-152
12.	Підготуйте все необхідне та продемонструйте внутрішньовенне введення лікарських засобів за допомогою периферичного катетера.	2) с.628-630 3) с.256-258
13.	Підготуйте все необхідне та продемонструйте техніку виконання катетеризації сечового міхура жінки гумовим катетером, у тому числі катетером Фолея.	2) с.709-711 3) с.276-277
14.	Підготуйте все необхідне та продемонструйте догляд за очима у тяжкохворого.	2) с.396-397 3) с.104-106
15.	Попередження ризику розвитку пролежнів.	2) с.404-406 3) с.97-101

Рекомендована література.

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 460 від 01.06.2013 «Про затвердження протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій».
2. Лісовий В.М., Ольховська Л.П., Капустник В.А., «Основи медсестринства», К., «Медицина», 2013.
3. Касевич Н.М., «Основи медсестринства в модулях», навчальний посібник, К., »Медицина», 2009.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 798 від 21.09.2010 «Про затвердження методичних рекомендацій "Хірургічна та гігієнічна обробка рук медичного персоналу"».

Алгоритм № 1

Внутрішньошкірна ін'єкція. Проба на чутливість до антибіотиків.

Необхідні дії	Обґрунтування
1. Підготовка до процедури Психологічно підготувати пацієнта до маніпуляції. Отримати згоду на її проведення	Встановлення контакту з пацієнтом. Дотримується право пацієнта на інформацію
2. Уточнити індивідуальну чутливість до антибіотика	Забезпечується профілактика ускладнень
3. Приготувати 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	Дотримується інфекційна безпека
5. Одягнути нестерильні рукавички. Одягнути маску	Дотримується інфекційна безпека
6. Уважно прочитати надпис на упаковці та на флаконі (назва, доза, термін придатності), звірити з листком призначення	Виключається помилкове введення іншого лікарського засобу
7. Виконання процедури Розвести антибіотик: - якщо у флаконі 1000000 ОД антибіотика, ввести у флакон 10 мл розчинника – стандартне розведення (в 1 мл – 100 000 ОД); - наберіть в шприц ємністю 1,0 мл, 0,1 мл розведеного антибіотика; - у цей же шприц доберіть ще 0,9 мл розчинника; - таким чином ми домагаємось розведення 10 000 ОД (або 0,01 гр) сухої речовини на 1,0 мл розчинника. <i>Примітка:</i> при постановці проби для розведення антибіотиків взяти фізіологічний розчин.	Забезпечується виконання процедури
8. Запропонувати пацієнту зручно сісти на стілець (при необхідності можна виконувати процедуру в положенні пацієнта лежачи), звільнити руку до ліктьового суглоба від одягу і покласти її долонною поверхнею догори на тверду основу	Забезпечується зручне та правильне положення руки
9. Визначити місце ін'єкції у середній третині передпліччя	Забезпечується правильне виконання процедури
10. Обробити місце ін'єкції стерильними ватними кульками, змоченими у 70% розчині етилового спирту	Дотримується інфекційна безпека

двічі. Після висихання шкіри лівою рукою обхопити передпліччя пацієнта знизу, фіксувати шкіру	
11. Ввести голку у шкіру зрізом догори під кутом 15° так, щоб занурився тільки її зріз. Обережно відпустити ліву руку	Створюються умови для ефективного виконання процедури
12. Ввести 0,1 мл препарату. При правильному введенні на місці ін'єкції утвориться інфільтрат, який нагадує лимонну кірочку	Забезпечується правильне дозування
13. Після введення препарату вийняти голку, ватку до голки під час виймання не прикладати. Сухою стерильною ватною кулькою злегка зняти залишки лікарського препарату	Забезпечується ефективне виконання процедури
14. Порекомендувати пацієнту протягом 20 хвилин не одягати одяг на місце ін'єкції і з'явитися для оцінки результату через вказаний час	Забезпечується достовірність оцінки результату
15. Запитати у пацієнта про його самопочуття	Забезпечується попередження ускладнень
16. Результати проби перевірити через 20 хвилин	Забезпечується попередження ускладнень
17. Закінчення процедури Продезінфікувати використане оснащення	Дотримується інфекційна безпека
18. Зняти рукавички і маску, покласти у вонепроникний мішок. Вимити і висушити руки	Дотримується інфекційна безпека
19. Зробити запис про проведення процедури та реакцію на неї пацієнта у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури та послідовність догляду

Примітка.

Оцінка результатів:

- проба вважається негативною, коли повністю відсутня гіперемія і набряк;
- гіперемія без набряку і набряк до 5-9 мм - проба сумнівна;
- набряк 10 мм - проба позитивна, вводити антибіотик не можна.

Алгоритм № 2

Внутрішньовенне струминне введення лікарських засобів.

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. Уточнити індивідуальну чутливість до препарату	Забезпечується попередження ускладнень
4. Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується ефективно 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 Підготувати весь стерильний матеріал та шприц до виконання ін'єкції	Забезпечується виконання процедури
8. Звірити 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. Тримавши 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 № 3

Взяття крові з вени для біохімічного дослідження.

Необхідні дії	Обґрунтування
1. Підготовка до процедури Пояснити пацієнту сутність і хід процедури (кров для біохімічного дослідження береться натще)	Встановлення контакту з пацієнтом
2. Отримати згоду на її проведення	Дотримується право пацієнта на інформацію
3. Помити руки під проточною водою двічі з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником і обробити спиртом або антисептиком для рук	Дотримується інфекційна безпека
4. Одягнути маску і рукавички	Дотримується інфекційна безпека
5. Виконання процедури Підготувати весь стерильний матеріал та шприц до виконання ін'єкції	Забезпечується виконання маніпуляції
6. Спитати пацієнта про його самопочуття	Забезпечується оцінка стану пацієнта
7. Запропонувати йому сісти чи лягти. Визначити місце ін'єкції	Забезпечуються зручні умови для виконання маніпуляції
8. Одягнути фартух, стерильні гумові рукавички, при необхідності – захисний екран (окуляри)	Дотримується інфекційна безпека
9. Передпліччя пацієнта укласти на тверду основу внутрішньою поверхнею догори. Під лікоть підкласти гумову подушечку та клейонку	Забезпечується повне розгинання ліктьового суглобу. Дотримується інфекційна безпека
10. Визначити пульс на променевій артерії	Забезпечується оцінка стану пацієнта
11. Накласти на плече, на 5-7 см вище ліктьового суглоба, гумовий джгут (на сорочку, рушник чи серветку) так, щоб вільні кінці були спрямовані вгору	Створюються умови для виконання маніпуляції
12. Перевірити пульс на променевій артерії	Перевірка правильності накладання джгута
13. Попросити пацієнта кілька раз стиснути і розтиснути кулак	Сприяє наповненню вени кров'ю
14. Вибрати найбільш наповнену вену	Забезпечується ефективне виконання маніпуляції
15. Попросити пацієнта стиснути кулак	Сприяє наповненню вени кров'ю
16. Протерти внутрішню поверхню ліктьового згину двома ватними кульками змоченими в	Дотримується інфекційна безпека

спирті. Зняти залишки спирту стерильною ватною кулькою	
17. Обробити спиртом гумові рукавички	Дотримується інфекційна безпека
18. Взяти шприц у праву руку так, щоб вказівний палець фіксував муфту голки, а інші охоплювали циліндр шприца	Забезпечується правильне положення шприца
19. Першим пальцем лівої руки відтягнути шкіру ліктьового згину вниз по ходу вени. Зафіксувати вену	Створюються умови для венепункції
20. Тримаючи шприц паралельно до шкіри, зрізом голки догори, провести венепункцію. Відчувши «провал», легенько підтягнути поршень до себе, набираючи необхідну кількість крові у шприц	Забезпечується профілактика ускладнень. Створюється можливість набирання крові
21. Попросити пацієнта розтиснути кулак і обережно зняти джгут	Забезпечується послідовність виконання маніпуляції
22. Притиснути до місця ін'єкції ватну кульку, змочену в спирті, різким рухом витягнути голку на серветку	Дотримується інфекційна безпека. Зменшення больових відчуттів
23. Попросити пацієнта зігнути руку в ліктьовому суглобі разом з ватною кулькою на 3-5 хвилин	Забезпечується попередження кровотечі
24. Не торкаючись до краю пробірки, обережно витиснути у неї кров. Закрити її гумовим корком	Попередження руйнування еритроцитів. Дотримується інфекційної безпеки
25. Запитати у пацієнта про його самопочуття. Забрати ватну кульку	Забезпечується профілактика ускладнень
26. Оформити направлення і відправити кров у лабораторію у контейнері. <i>Примітка:</i> не допускати вкладання бланків направлення в контейнер	Дотримується інфекційна безпека
27. Закінчення процедури Продезінфікувати використане оснащення.	Дотримується інфекційна безпека
28. Вимити і висушити руки	Дотримується інфекційна безпека
29. Зробити запис про проведення процедури в листку лікарських призначень (форма 003-4/о)	Забезпечується документування маніпуляції

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 № 5

Проведення промивання шлунка, взяття промивних вод шлунка на дослідження.

Необхідні дії	Обґрунтування
1. Підготовка до процедури Надіти водонепроникні фартухи на себе і пацієнта	Захищається одяг від забруднення
2. Виконання процедури Увести товстий шлунковий зонд до встановленої позначки (див. Протокол виконання зондових процедур 1.10, п.2.1.1.)	Забезпечується можливість промивання шлунка
3. Приєднати до зонда лійку, опустити її до рівня шлунка	Попереджується виливання вмісту шлунка
4. Тримаючи лійку трохи похило на рівні шлунка, налити в неї 1 л води	При такому положенні лійки вода не потраплятиме в шлунок
5. Повільно підняти лійку вгору на 1 м. Як тільки вода досягне вічка, опустити лійку до рівня колін, не допускаючи виливання води	За законом сполучених посудин, вода надійде в шлунок, а потім знову в лійку
6. Повторити п. 5 двічі і вилити промивні води в приготовлену стерильну посудину (якщо необхідно взяти промивні води на дослідження). <i>Примітка:</i> промивні води беруть на дослідження за призначенням лікаря. У разі підозри на отруєння припікальними отрутами беруть першу порцію промивних вод	Забезпечується інтенсивніше перемішування вмісту шлунка з водою та взяття їх для дослідження
7. Повторювати п. 4,5, але воду виливати в посудину для зливання промивних вод (використати підготовлені 10 л води)	Забезпечується промивання шлунка
8. Закінчення процедури Від'єднати і витягти зонд із шлунка, обгорнувши його серветкою	Попереджується забруднення одягу і рук
9. Занурити забруднені предмети в посудину із дезінфекційним розчином	Забезпечується інфекційна безпека
10. Зняти фартухи, занурити їх у посудину із дезінфекційним розчином або у водонепроникний мішок	Забезпечується інфекційна безпека
11. Зняти рукавички. Допомогти пацієнту вмитися і набути зручного положення	Забезпечується відпочинок після проведення процедури
12. Вимити і висушити руки	Дотримується інфекційна безпека
13. Написати направлення і відправити пробірки із промивними водами в лабораторію.	Дотримується інфекційна безпека

Решту промивних вод після дезінфекції вилити в каналізацію	
14. Зробити запис про проведення процедури та реакцію на неї пацієнта у відповідній медичній документації	Забезпечується документування процедури

Примітка:

Показання

1. Отруєння лікарськими препаратами, недоброякісними харчовими продуктами, грибами, алкоголем.
2. Затримання їжі в шлунку внаслідок стенозу пілоруса.
3. Атонія шлунка з явищами застою в ньому харчових мас.
4. Гострий гастрит.
5. Уремія.

Противоказання

1. Стенокардія.
2. Цироз печінки.
3. Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки зі схильністю до шлунково-кишкових кровотеч.
4. Гіпертонічна хвороба (тяжка форма).
5. Інфаркт міокарда.
6. Порушення мозкового кровообігу.
7. Отруєння лугами і кислотами (через декілька годин).

Алгоритм № 6
Клізма очисна.

Необхідні дії	Обґрунтування
<p>1. Підготовка до процедури Пояснити пацієнту сутність і хід майбутньої процедури та отримати згоду пацієнта на її проведення</p>	<p>Пацієнт заохочується до співпраці. Дотримуються права пацієнта на інформацію</p>
<p>2. Якщо процедура проводиться в палаті, відгородити пацієнта ширмою</p>	<p>Забезпечується інтимність виконання процедури</p>
<p>3. Підготувати необхідне оснащення</p>	<p>Необхідна умова для проведення процедури</p>
<p>4. Вимити і висушити руки. Надіти рукавички, маску, водонепроникний фартух</p>	<p>Забезпечується інфекційна безпека</p>
<p>5. Розкрити упаковку, витягти наконечник і приєднати його до кувала Есмарха, закріпити куваль на штативі на висоті 1 м від рівня кушетки (у домашніх умовах - використовувати допоміжні пристрої), закрити вентиль, налити в куваль 1 л води, відкрити вентиль і злити трохи води через наконечник. Температура води залежить від мети постановки клізми: - при атонічних закрепах – 18-20°C; - при спастичних закрепах -38-40°C; - в інших випадках – 25-30°C. За допомогою шпателя змастити наконечник вазеліном</p>	<p>Перевіряється прохідність системи. Холодна вода стимулює перистальтику кишок. Тепла вода зменшує спазм непосмугованих м'язів і сприяє випорожненню кишок. Вода кімнатної температури розріджує калові маси і викликає перистальтику. Полегшується введення наконечника в пряму кишку, уникаються неприємні відчуття у пацієнта</p>
<p>6. Покласти на кушетку клейонку так, щоб звисала в таз, і постелити на неї пелюшку. Попросити пацієнта лягти на лівий бік або допомогти йому. Якщо пацієнт не може самостійно повертатися на лівий бік, використовувати для переміщення пацієнта Протокол повертання 1.21, п.2.1.1. Ноги пацієнта повинні бути зігнуті в колінах і трохи приведені до живота. У разі неможливості укласти пацієнта на лівий бік, клізму ставити в положенні пацієнта лежачи на спині</p>	<p>Забезпечується стікання води в таз у разі нетримання її в прямій кишці. У зв'язку з анатомічною особливістю розташування прямої та сигмоподібної кишок полегшується виконання процедури. Допустиме положення для виконання даної процедури</p>
<p>7. Виконання процедури Розсунути сідниці I та II пальцями лівої руки, правою рукою обережно увести наконечник у відхідник, просуваючи його в пряму кишку спочатку в напрямку до пупка (3-4 см), а потім паралельно хребту на глибину 8-10 см</p>	<p>Анатомічна особливість вигинів прямої кишки</p>
<p>8. Трохи відкрити вентиль, щоб вода повільно витікала в кишку. Якщо вода не надходить в кишку, підняти куваль вище, ніж на 1 метр, або змінити положення наконечника. У разі відсутності результату замінити наконечник</p>	<p>Уникаються неприємні відчуття у пацієнта. Отвір наконечника може закриватися каловими масами або притискатися до стінки кишки</p>
<p>9. Запропонувати пацієнту глибоко дихати животом</p>	<p>Покращується проходження</p>

	води в кишках за рахунок зміни внутрішньочеревного тиску
10. Закрити вентель раніше ніж витече вода з кухля Есмарха, щоб у кишку не потрапило повітря. Обережно витягти наконечник через паперову серветку чи туалетний папір, викинути папір в водонепроникний мішок	Повітря буде заважати відходженню калу. Не допускається травмування слизової оболонки кишки. Забезпечується інфекційна безпека
11. Від'єднати наконечник і покласти його в посудину з дезінфекційним розчином	Забезпечується інфекційна безпека
12. Якщо пацієнт лежачий – підкласти судно	Виключається забруднення білизни
13. Нагадати пацієнту про необхідність затримати воду в кишках протягом 5-10 хв	Час, необхідний для розрідження калових мас і початку перистальтики
14. Допомогти пацієнту підвестися з кушетки і дійти до туалету, якщо з'явилися позиви на дефекацію	Виключається ризик падіння при ходьбі.
15. Переконатися, що процедура пройшла ефективно (вода повинна містити фекалії)	Оцінка ефективності процедури
16. Закінчення процедури Якщо пацієнт безпомічний, витерти туалетним папером шкіру в ділянці відхідника в напрямку спереду назад (у жінок). Потім вимити промежину	Забезпечується інфекційна безпека. Забезпечується комфорт пацієнта
17. Забрати судно, прикривши його кришкою	Забезпечується послідовність виконання процедури
18. Вилити фекалії в унітаз. Продезінфікувати використане обладнання	Забезпечується інфекційна безпека
19. Зняти водонепроникний фартух, рукавички, маску. Вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека
20. Зробити запис про виконання процедури і реакцію на неї пацієнта у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури та послідовність догляду

Примітка:

Показання до використання очисної клізми

1. Закреп.
2. Підготовка до пологів.
3. Підготовка хворих до планових операцій на органах травного тракту та малого таза.
4. Підготовка хворих до рентгенівських обстежень органів травного тракту, малого таза, тазових кісток, тазового відділу хребта.
5. Підготовка хворих до ендоскопічних обстежень кишок.
6. Отруєння.

Протипоказання до використання очисної клізми

1. Гострий апендицит.
2. Гострі запальні процеси товстої кишки зі схильністю до кровотеч,
3. Тріщини заднього проходу.
4. Шлунково-кишкові кровотечі.
5. Злоякісні пухлини прямої кишки в стадії розпаду.
6. Перші дні після операцій на органах травного тракту.
7. Випадіння прямої кишки.

Алгоритм № 7

Клізма сифонна

Необхідні дії	Обґрунтування
1. Підготовка до процедури Пояснити пацієнту сутність і хід майбутньої процедури та отримати згоду пацієнта на її проведення	Заохочення пацієнта до співпраці. Дотримується право пацієнта на інформацію
2. Підготувати оснащення	Необхідна умова для проведення процедури
3. Вимити і висушити руки. Надіти рукавички, маску, водонепроникний фартух	Забезпечується інфекційна безпека
4. На простирadlo, що покриває кушетку, постелити клейонку так, щоб вона звисала в таз, поверх неї постелити пелюшку. Попросити пацієнта (або допомогти йому) лягти на кушетку на лівий бік із зігнутими і приведеними до живота ногами	Забезпечується стікання води в таз у разі нетримання її в прямій кишці. У зв'язку з анатомічною особливістю розташування прямої та сигмоподібної кишок полегшується виконання процедури. Допустиме положення для виконання даної процедури
5. Змастити вазеліном 30-40 см зонда зі сторони закругленого кінця	Полегшується введення зонда в кишку, запобігається виникнення у пацієнта неприємних відчуттів
6. Виконання процедури Розсунути сідниці I та II пальцями лівої руки, правою рукою обертальними рухами ввести закруглений кінець зонда в кишку на глибину 30-40 см	Забезпечується можливість ефективного проведення процедури
7. Приєднати до вільного кінця зонда скляний перехідник із гумовою трубкою, лійку	Забезпечується послідовність виконання процедури
8. Тримати лійку трохи нахиленою, нижче від кушетки і налити в неї з кухля 1 л води	Запобігається потрапляння повітря в кишки
9. Повільно піднімати лійку на висоту 1 м, запропонувати пацієнту глибоко дихати. Як тільки вода досягне вічка лійки, опустити її нижче рівня сідниць, не виливаючи води з лійки доти, поки вона не буде цілком заповнена	Забезпечується контроль за надходженням води в кишки і виведення її назад
10. Злити воду в приготовлену посудину	Забезпечується послідовність виконання процедури
11. Повторювати п. 7-9, використовуючи 10-	Забезпечується ефективність

1 2 л води (промивати до чистих промивних вод)	процедури
12. Закінчення процедури Після закінчення процедури від'єднати гумову трубку з лійкою, кінець зонда опустити у відро на 20-30 хв, щоб вийшли залишки рідини та газу	Забезпечується послідовність виконання процедури
13. Вийняти зонд, обгорнувши його туалетним папером, викинути папір в водонепроникний мішок	Здійснюється механічне очищення зонда Забезпечується інфекційна безпека
14. Занурити використане обладнання в посудину із дезінфекційним розчином. Після дезінфекції вилити промивні води в каналізацію	Забезпечується інфекційна безпека
15. Витерти туалетним папером шкіру в ділянці відхідника в напрямку спереду назад (у жінок) у випадку безпомічності пацієнта. Вимити промежину	Запобігається інфікування сечових шляхів і мацерація шкіри промежини
16. Зібрати клейонку, пелюшку та викинути їх у водонепроникний мішок	Забезпечується інфекційна безпека
17. Зняти водонепроникний фартух, рукавички, маску і викинути в водонепроникний мішок. Вимити й висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека
18. Допомогти пацієнту підвестися з кушетки (або перемістити його для транспортування)	Забезпечується безпека пацієнта
19. Зробити запис про виконання процедури і реакцію на неї пацієнта у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури та послідовність догляду

Примітка:

Показання до використання сифонної клізми

1. Відсутність ефекту від очисної та послаблювальних клізм.
2. Непрохідність товстої кишки,
3. Тяжкі отруєння та інтоксикації.

Протипоказання до використання сифонної клізми

1. Гострий апендицит.
2. Гострі запальні процеси товстої кишки зі схильністю до кровотеч,
3. Тріщини заднього проходу.
4. Шлунково-кишкові кровотечі.
5. Злоякісні пухлини прямої кишки в стадії розпаду.
6. Перші дні після операцій на органах травного тракту.
7. Випадіння прямої кишки.

Алгоритм № 8
Клізма гіпертонічна.

Необхідні дії	Обґрунтування
1. Підготовка до процедури Пояснити пацієнту сутність і хід майбутньої процедури та отримати згоду пацієнта на її проведення	Заохочення пацієнта до співпраці. Дотримуються права пацієнта на інформацію
2. Якщо процедура проводиться в палаті, відгородити пацієнта ширмою	Забезпечується інтимність виконання процедури
3. Підготувати необхідне оснащення	Необхідна умова для проведення процедури
4. Помістити флакон із розчином на водяну баню і підігріти його до 38°C	Виключається можливість передчасної перистальтики у відповідь на подразнення холодом
5. Перевірити температуру розчину (не води!)	Забезпечується безпека пацієнта
6. Набрати в грушоподібний балон 50 (100) мл теплої розчину	Теплий розчин не викликає передчасної перистальтики і забезпечує ефективність проведення процедури
7. Вимити і висушити руки. Надіти рукавички, маску, водонепроникний фартух	Забезпечується інфекційна безпека
8. Постелити на ліжку клейонку, а на неї пелюшку. Попросити пацієнта лягти на лівий бік або допомогти йому. Якщо пацієнт не може самостійно повертатися на лівий бік, використовувати для переміщення пацієнта Протокол повертання 1.21, п.2.1.1. Ноги пацієнта повинні бути зігнуті в колінах і трохи приведені до живота	У зв'язку з анатомічною особливістю розташування прямої та сигмоподібної кишок полегшується виконання процедури. Допустиме положення для даної процедури
9. Виконання процедури Увести газовивідну трубку (див. Протокол застосування газовивідної трубки 1.12) <i>Примітка:</i> якщо неможливо укласти пацієнта на лівий бік, клізму ставити в положенні лежачи на спині	Забезпечується введення розчину на достатню глибину
10. Приєднати до трубки грушоподібний баллон і повільно ввести розчин	Запобігання неприємним відчуттям у пацієнта
11. Не розтискаючи грушоподібний баллон, від'єднати його від газовивідної трубки. Витягнути газовивідну трубку	Виключається всмоктування розчину в баллон
12. Помістити використане оснащення в дезінфекційний розчин	Забезпечується інфекційна безпека
13. Поінформувати пацієнта, що випорожнення кишечника буде через 20-30 хв	Час, необхідний для трансудації рідини в

	просвіт прямої кишки
14. Допомогти пацієнту підвестися з кушетки (ліжка) і дійти до туалету (в разі потреби підкласти судно)	Забезпечується безпека пацієнта
15. Переконатися, що процедура пройшла успішно (вода повинна містити фекалії)	Оцінка ефективності процедури
16. Закінчення процедури Якщо пацієнт безпомічний, надіти рукавички і витерти туалетним папером шкіру в ділянці відхідника в напрямку спереду назад (у жінок). Потім вимити промежину	Запобігання інфікуванню сечовивідних шляхів. Забезпечується особиста гігієна
17. Зібрати клейонку, пелюшку та викинути їх у водонепроникний мішок	Забезпечується інфекційна безпека
18. Зняти водонепроникний фартух, рукавички, маску викинути їх у водонепроникний мішок. Вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека
19. Допомогти пацієнту (в разі потреби) зайняти зручне положення в постелі	Забезпечується потреба у відпочинку після процедури
20. Зробити запис про виконання процедури і реакцію на неї пацієнта у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури та послідовність догляду

Алгоритм № 9
Збирання сечі за методом Зимницького

Послідовність	Зміст	Примітка
Мета:	Визначення концентраційної та видільної функції нирок.	
Показання:	Призначення лікаря.	
Протипоказання:	Немає.	
Підготувати необхідне:	Урометр, циліндр, 8 сухих чистих флаконів ємкістю 250-400 мл з кришками, етикетки.	
Алгоритм виконання:	<p>Психологічно підготуйте пацієнта до виконання маніпуляції, отримайте згоду на проведення дослідження.</p> <p>Попередьте пацієнта, щоб о 6 год. ранку він звільнив сечовий міхур.</p> <p>Поясніть пацієнту, що до 6 год ранку наступного дня він збирає сечу послідовно у 8 слоївків.</p> <p>Кожні 3 год. він мочиться у відповідні ємкості один або декілька разів.</p> <p>Вночі медична сестра повинна будити пацієнта кожні 3 години.</p> <p>Якщо не вистачає об'єму одного флакона, видайте додатковий із зазначенням номера порції.</p> <p>Вранці наступного дня всі слоїки відправте в лабораторію, також треба відправити ті флакони, що не були заповнені.</p>	<p>За добу до обстеження лікар відмінює сечогінні препарати.</p> <p>Денні порції збирають з 6 до 18.00 години.</p>
Заповнити документацію.	Оформіть направлення. Зробіть відмітку про виконання процедури.	

Додаток № 1

Оцінка результатів дослідження.

В нормі денний діурез становить 2/3 або 3/4 від добового.

Питома вага різних порцій сечі коливається в значних діапазонах (1003 – 1030), коливання між порціями не менше 4-х одиниць.

Добовий діурез в нормі складає приблизно 1,5 л, що становить 70 – 75% від кількості випитої пацієнтом рідини.

Алгоритм № 10

Розведення антибіотиків та введення внутрішньом'язово

Послідовність	Зміст	Примітка
Мета:	Лікувальна.	
Показання:	Призначення лікаря.	
Протипоказання:	Індивідуальна непереносність лікарських засобів.	
Місце виконання:	Лікувальний заклад, домашні умови.	
Підготувати необхідне:	Стерильні:	
	лоток, шприц (5 або 10 мл), голки для внутрішньом'язових ін'єкцій, ватні кульки, серветки, пінцет, гумові рукавички, маску.	
	Бікси зі стерильним матеріалом і інструментарієм, спирт етиловий 70°, ампули, флакони з ліками, ємкість для використаного матеріалу, який не був в контакті з пацієнтом (відро з педаллю); лоток для використаного матеріалу, ємкості з дезрозчинами,	
	Аптечка “АНТИСНІД”, тонометр, фонендоскоп, протишоковий набір.	
Алгоритм виконання:	Психологічно підготуйте пацієнта до маніпуляції, отримайте згоду на її проведення.	Вводимо антибіотик після уточнення алергологічного анамнезу суворо по індивідуальній схемі через рівні проміжки часу для підтримання концентрації в крові.
	Уточніть індивідуальну чутливість до препарату.	
	Обробіть руки згідно діючих наказів МОЗ України.	
	Одягніть маску, рукавички.	
	Підготуйте весь стерильний матеріал та шприц до виконання ін'єкції.	
	Спитайте пацієнта, як він себе почуває.	
	Запропонуйте пацієнту лягти на живіт або бік.	
	Визначте місце ін'єкції:	
	- верхньо-зовнішній квадрант сідниць	
	- передньо-зовнішня поверхня верхньої третини стегна	
	Огляньте можливе місце ін'єкції. Обстежте його пальпаторно.	
	Протріть місце ін'єкції почергово двома ватними кульками, змоченими спиртом.	
	Протріть спиртом гумові рукавички.	
	Видаліть зі шприця пухирці повітря.	
	Тримайте приготовлений шприц з голкою, розтягніть шкіру на місці ін'єкції. Різким рухом введіть голку перпендикулярно до поверхні шкіри на 2/3 її довжини.	
	Відтягніть поршень до себе і переконайтесь, що голка не потрапила в просвіт судини (у циліндрі	

Заповнити документацію.	шприца не повинно бути крові). Повільно введіть ліки, натиснувши на поршень. Прикладіть стерильну ватну кульку до місця ін'єкції, швидким рухом витягніть голку. Спитайте у пацієнта про його самопочуття. Продезінфікуйте використане обладнання. Зробіть запис про проведення процедури.	
-------------------------	---	--

Додаток № 1

<p>Розведення антибіотиків може здійснюватися з розрахунку:</p> <p>А) 1 мл розчинника на кожні 100 000 ОД антибіотика (1: 1)</p> <p>Б) 1 мл розчинника на кожні 200 000 ОД антибіотика (1: 2)</p> <p>Взяти флакон з порошкоподібним антибіотиком, уважно прочитати назву препарату, дозу і термін придатності.</p> <p>Підготувати флакони до маніпуляції: один флакон з порошкоподібним антибіотиком, другий – з розчинником (0,9% натрію хлорид, вода для ін'єкції, новокаїн 0,25 – 0,5%).</p> <p>Зняти захисну металеву пробку на флаконі нестерильним пінцетом.</p> <p>Протерти гумову пробку флакона ватним тампоном, змоченим у 70° спирті.</p> <p>У шприц набрати необхідну кількість розчинника.</p> <p>Проколоти пробку стерильною голкою з насадженим шприцом.</p> <p>Ввести у флакон розчинник і не виймаючи голки від'єднати шприц.</p> <p>Декілька разів струснути флакон до повного розведення ліків.</p> <p>Через голку, що знаходиться у флаконі набираємо розчин у потрібній кількості.</p> <p>Запам'ятайте!</p> <p><i>При розведенні антибіотиків голку у флакон вводити так, щоб тільки проколоти пробку, тому що при глибокому введенні у зв'язку з підвищенням тиску у флаконі за рахунок введеного розчинника через голку буде самовільно виходити розчин антибіотика.</i></p>
--

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 дроби (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 ефективно 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 ефективно виконання процедури. Дотримуються умови 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-стиллет 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-стиллета і «пройти по вені» 2-3 мм	Забезпечується ефективність виконання процедури. Забезпечується попередження ускладнень
28. Зафіксувати голку-стиллет в нерухомому положенні, а канюлю повільно повністю зрушити з голки до вени (голка-стиллет 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-стиллет 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 дезрозчинами	Дотримується інфекційна безпека
33. Вимити і висушити руки	Дотримується інфекційна безпека
34. Зробити запис про проведення процедури та реакцію на неї пацієнта у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури та послідовність догляду
Видалення периферичного катетера	Дотримується інфекційна безпека
1. Вимити і висушити руки	Дотримується інфекційна безпека
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 марлевым тампоном протягом 2-х хвилин	Забезпечується профілактика кровотечі
7. Місце катетеризації обробити антисептиком та накласти стерильну тиснучу пов'язку і зафіксувати її. Порекомендувати 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

Алгоритм № 13

Катетеризація сечового міхура жінки гумовим катетером, у тому числі катетером Фолея

Необхідні дії	Обґрунтування
1. Підготовка до процедури Пояснити пацієнтці сутність і хід майбутньої процедури та отримати згоду пацієнтки на її проведення	Заохочення пацієнтки до співпраці. Дотримується право пацієнтки на інформацію
2. Підстелити під таз пацієнтки клейонку і пелюшку	Дотримується інфекційна безпека
3. Допомогти пацієнтці зайняти необхідне для процедури положення: лежачи на спині або напівсидячи з розведеними ногами	Забезпечується необхідна умова для проведення процедури
4. Вимити і висушити руки. Надіти рукавички	Дотримується інфекційна безпека
5. Провести гігієнічне оброблення зовнішніх статевих органів, промежини	Дотримується інфекційна безпека
6. Зняти рукавички і покласти їх у посудину з дезінфекційним розчином	Дотримується інфекційна безпека
7. Вимити і висушити руки. Надіти стерильні рукавички	Дотримується інфекційна безпека
8. Обкласти стерильними серветками вхід у піхву	Дотримується інфекційна безпека
9. Розвести в сторони лівою рукою (якщо ви правша) малі соромітні губи. Правою рукою взяти малу серветку, змочену розчином антисептика, і обробити нею вхід у сечівник	Дотримується інфекційна безпека
10. Попросити помічника розкрити упаковку з катетером. Витягти катетер з упаковки: тримати його на відстані 1-2 см від бічного отвору стерильним пінцетом, зовнішній кінець катетера тримати IV і V пальцями	Дотримується інфекційна безпека
11. Виконання процедури Попросити помічника змастити катетер стерильною вазеліновою олією	Забезпечується полегшення введення катетера. Виключається травма слизової оболонки
12. Увести катетер в отвір сечівника на 4-6 см або до появи сечі. <i>Примітка:</i> якщо вхід у сечівник добре не визначається, потрібна консультація лікаря	Вхід у сечівник може бути нечітко визначеним внаслідок атрофії піхви, природженої жіночої гіпоспадії
13. Наповнити балон катетера Фолея 10 мл ізотонічного розчину натрію хлориду	Забезпечується фіксація катетера
14. Закінчення процедури З'єднати постійний катетер із дренажним мішком. Переконатися, що трубки не перегинаються. Прикріпити трубку катетера Фолея до стегна лейкопластиром	Забезпечується постійний відтік сечі

15. Зібрати серветки та покласти їх у водонепроникний мішок. Зняти з ліжка клейонку і пелюшку, скинути їх у водонепроникний мішок	Дотримується інфекційна безпека
16.Зняти рукавички та покласти їх у водонепроникний мішок, вимити та висушити руки	Дотримується інфекційна безпека
17.Зробити відмітку про виконання процедури та реакцію на неї пацієнтки в листку лікарських призначень (форма 003-4/о). <i>Примітка:</i> Звільнення дренажного мішка від сечі і догляд за промежиною та постійним катетером здійснювати відповідно до Протоколу з катетеризації сечового міхура 1.11, п. 2.1.3, 2.1.4	Забезпечується документування процедури

Алгоритм № 14

Догляд за очима.

Необхідні дії	Обґрунтування
1. Підготовка до процедури Пояснити хід процедури та отримати згоду пацієнта на її проведення	Встановлюється контакт з пацієнтом. Заохочення пацієнта до співпраці
2. Дати інформацію пацієнту проантисептичний препарат і його побічні дії	Дотримується право пацієнта на інформацію
3. Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується проведення процедури
4. Вимити руки, одягнути маску, гумові рукавички	Забезпечується інфекційна безпека
5. Перевірити термін придатності антисептичного розчину <i>Примітка:</i> перед застосуванням розчин треба підігріти до температури тіла	Забезпечується інфекційна безпека
6. Протерти рукавички спиртом	Забезпечується інфекційна безпека
7. Попросити пацієнта зайняти зручне положення, відхилити злегка голову назад	Забезпечується правильне положення голови для потрапляння лікарської речовини на слизову оболонку ока
8. Виконання процедури <i>А. Протирання вій і повік:</i> - змочіть марлеві стерильні серветки антисептичним розчином; - накладіть на очі (почергово) на 1-2 хвилини; - зніміть використані серветки та покладіть у лоток для використаного матеріалу; - протріть повіки стерильною, зволоженою антисептичним розчином серветкою у напрямку від зовнішнього до внутрішнього кута ока; <i>Примітка:</i> для кожного ока використовувати окремі стерильні серветки	Розм'якшення виділень, які склеюють вій та повіки. Забезпечується інфекційна безпека
<i>Б. Промивання очей за допомогою ундинки:</i> - налейте у стерильну ундинку антисептичний розчин; - запропонуйте пацієнту взяти ундинку за ніжку і нахилитися над нею так, щоб повіки міцно притиснулись до ундини; - запропонуйте пацієнту підняти голову, притримуючи ундинку руками (рідина при цьому не повинна витікати з неї); - запропонуйте пацієнту протягом 1 хвилини відкривати та закривати око (рідина потрапляє до ока та промиває його); - попросіть пацієнта нахилитися і відставити ундинку <i>Примітка:</i> а) при необхідності процедуру можна повторити, замінивши розчин; б) для промивання іншого ока беруть іншу ундинку	Сприяє видаленню слизу, гною; забезпечує терапевтичну дію Забезпечується інфекційна безпека
10. Просушити повіки стерильною серветкою	Забезпечується послідовність

	виконання процедури
11.Закінчення процедури Занурити серветки в дезінфікуючий розчин	Забезпечується інфекційна безпека
12.Занурити ундинки в дезінфікуючий розчин	Забезпечується інфекційна безпека
13.Запитати пацієнта про його самопочуття	Визначення реакції пацієнта на процедуру
14.Зняти маску, рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека

Алгоритм № 15

Попередження ризику розвитку пролежнів

Необхідні дії	Обґрунтування
1.Проводити поточну оцінку за шкалою оцінки ризику розвитку пролежнів (за Braden чи Norton) не менше ніж 1 раз на добу (вранці)	Забезпечується достовірність оцінювання та послідовність догляду
2.Змінювати положення пацієнта кожні 2 год. (вибір положення та їх чергування можуть змінюватися залежно від захворювання та стану пацієнта): <ul style="list-style-type: none"> – 8.00-10.00 – положення Фаулера; – 10.00-12.00 – положення на лівому боці; – 12.00-14.00 – положення на правому боці; – 14.00-16.00 – положення Фаулера; – 16.00-18.00 – положення Сімса; – 18.00-20.00 – положення Фаулера; – 20.00-22.00 – положення на правому боці; – 22.00-24.00 – положення на лівому боці; – 0.00-2.00 – положення Сімса; – 2.00-4.00 – положення на правому боці; – 4.00-6.00 – положення на лівому боці; – 6.00-8.00 – положення Сімса <i>Примітка: якщо дозволяє стан пацієнта, можна надати йому положення на животі (див. протокол зі зміни положення пацієнта 1.17, п.2.1.1., 2.1.3., 2.1.6.; протокол з повертання пацієнта 1.21, п.2.1.3., 2.1.4.)</i>	Зменшується тривалий тиск на певні ділянки тіла. Покращується кровообіг
3. Щоденно вранці о годині обмивати ділянки найбільшого тиску (залежно від положення пацієнта) _____	Забезпечується чистота шкіри. Покращується кровообіг
4.Перевіряти стан постелі під час зміни положення (кожні 2 год.)	Наявність складок на постелі та вологість білизни сприяють швидшому утворенню пролежнів
5.Навчити членів родини техніки правильного переміщення пацієнта	Забезпечується участь членів родини у догляді. Зменшується навантаження на медичного працівника
6.Визначати кількість спожитої їжі (кількість білка не менше ніж 120 г на добу)	Забезпечується кількість білка, необхідна для формування імунітету
7.Забезпечити вживання не менше ніж 1,5 л рідини на добу: <ul style="list-style-type: none"> – з 9.00 до 13.00 – 700 мл; – з 13.00 до 18.00 – 500 мл; – з 18.00 до 22.00 – 300 мл <i>Примітка: кількість рідини залежить від основного захворювання пацієнта</i>	Попереджається зневоднення та пересихання шкіри
8.Використовувати поролонові прокладки, валики, гумові	Зменшується тиск на шкіру

круги, повітряні проти пролежневі подушки, гелеві подушки, проти пролежневі матраци	
9.У разі нетримання сечі змінювати памперси кожні 4 год. У разі нетримання калу змінювати памперси негайно після дефекації з наступною дбайливою гігієнічною процедурою	Зменшується подразнення шкіри та її вологість
10.Заохочувати пацієнта змінювати положення в ліжку (точки тиску) за допомогою перекладин, поручнів та інших пристосувань	Зменшується тривалий тиск на певні ділянки тіла. Забезпечується участь пацієнта у догляді. Зменшується навантаження на медичного працівника

Додаток № 1

Стандартна методика обробки кистей рук антисептиком згідно з EN 1500



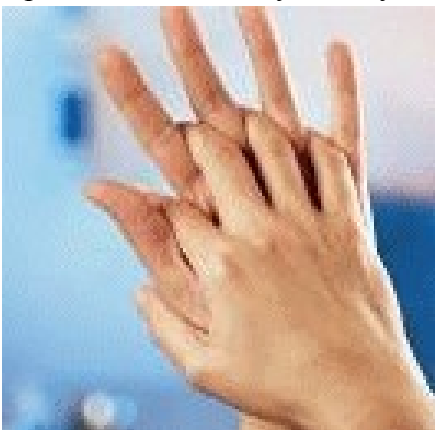
СТАДІЯ 1

Долоня до долоні рук, включаючи зап'ястя



СТАДІЯ 2

Права долоня на ліву тильну сторону кисті та ліва долоня на праву тильну сторону кисті



СТАДІЯ 3

Долоня до долоні рук з перехрещеними пальцями



СТАДІЯ 4

Зовнішня сторона пальців на протилежній долоні з перехрещеними пальцями



СТАДІЯ 5

Колоподібне втирання лівого великого пальця в закритій долоні правої руки та навпаки



СТАДІЯ 6

Колоподібне втирання зімкнутих кінчиків пальців правої руки на лівій долоні та навпаки

Додаток № 2

Вибір засобу догляду за шкірою в залежності від її типу.

Тип шкіри	Властива шкірі емульсійна оболонка	Засіб догляду за шкірою
Себостатична	М/В	В/М
Нормальна	М/В	М/В
Себорейна	В/М	М/В