

**Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации**

**ТЕХНОЛОГИИ ВЫПОЛНЕНИЯ
ПРОСТЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Москва 2006

Материалы разработаны в рамках Российско-Канадского проекта РОКСИ

© ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2006

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЩАЯ ЧАСТЬ.....	5
1. Область применения.....	5
2. Нормативные ссылки.....	5
3. Цели и задачи стандартизации технологий выполнения простых медицинских услуг.....	5
4. Общие положения.....	5
ТЕХНОЛОГИИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.....	7
1. Измерение окружности грудной клетки.....	7
2. Измерение артериального давления на периферических артериях.....	11
3. Термометрия общая.....	16
4. Измерение массы тела.....	21
5. Измерение толщины жировой складки (пликометрия).....	26
6. Измерение окружности головы.....	31
7. Плантография.....	34
8. Измерение роста.....	39
9. Подкожное введение лекарств и растворов.....	43
10. Внутрикожное введение лекарств.....	47
11. Внутримышечное введение лекарств.....	50
12. Взятие крови из пальца.....	54
13. Внутривенное введение лекарств.....	57
14. Взятие крови из периферической вены.....	67
15. Удаление копролита.....	72
16. Спринцевание влагалища.....	76
17. Посobie при мочеиспускании тяжёлого больного.....	80
18. Кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд.....	83
19. Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному.....	88
20. Посobie по смене белья и одежды тяжелобольному.....	91
21. Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных.....	94
22. Уход за пупочной ранкой новорождённого.....	98
23. Уход за дренажом.....	101
24. Оценка степени риска развития пролежней.....	108
25. Оценка степени тяжести пролежней.....	111
26. Оценка интенсивности боли.....	114
27. Перевязки при нарушениях целостности кожных покровов.....	122
28. Перевязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки.....	127
29. Имобилизация при переломах костей.....	131
30. Промывание желудка.....	139
31. Введение лекарственных средств с помощью клизм.....	144
32. Транспортировка тяжелобольного внутри учреждения.....	148
33. Уход за кожей тяжелобольного пациента.....	153

34. Уход за волосами, ногтями, бритьё тяжелобольного.....	158
35. Постановка горчичников.....	162
Постановка банок.....	167
36. Бритьё кожи предоперационное или повреждённого участка.....	172
37. Постановка пиявок.....	176
38. Уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии.....	180
39. Уход за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции лёгких.....	184
40. Уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером.....	189
41. Уход за сосудистым катетером.....	193
42. Пособие при гастростомах.....	198
43. Уход за назогастральным зондом.....	202
44. Пособие при илеостоме.....	206
45. Пособие при стомах толстого кишечника.....	210
46. Пособие при дефекации тяжёлого больного.....	216
47. Постановка очистительной клизмы.....	220
48. Постановка газоотводной трубки.....	224
49. Уход за постоянным мочевым катетером.....	227
50. Уход за внешним мочевым катетером.....	230
51. Перемещение тяжелобольного в постели.....	233
52. Размещение тяжелобольного в постели.....	238
53. Пеленание новорождённого.....	246

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Технологии выполнения простых медицинских услуг предназначены для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Технологии выполнения простых медицинских услуг разработаны в соответствии с настоящими нормативными документами:

- Федеральным Законом Российской Федерации от 18 декабря 2002 года «О техническом регулировании».
- Государственной системой стандартизации Российской Федерации (ГОСТ Р 1.0-92 – ГОСТ Р 1.5-92).
- Отраслевым стандартом «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие требования» - ОСТ ТПМУ №91500.01.0004-2000 (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №299 от 31.07.2000).

3. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ СТАНДАРТИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИЙ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Технологии выполнения простых медицинских услуг созданы с целью улучшения доступности и качества медицинской помощи.

Технологии выполнения простых медицинских услуг разработаны для решения следующих задач:

- установление единых требований к технологиям выполнения простых медицинских услуг и структурирования методик их выполнения;
- унификация расчётов стоимости, технологий выполнения простых медицинских услуг;
- установление единых требований к формированию навыков выполнения простых медицинских услуг на додипломном и последипломном уровне профессионального медицинского образования;
- оценка качества выполнения простой медицинской услуги;
- создание системы управления качеством в здравоохранении на различных уровнях, в том числе уровне медицинской организации.

4. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1 Технология выполнения простой медицинской услуги представляет собой нормативный документ, содержащий совокупность требований к её выполнению.

- 4.2 При разработке технологии выполнения простой медицинской услуг учитывались результаты научных исследований в соответствии с принципами медицины, основанной на доказательствах.
- 4.3 При выполнении одному пациенту последовательно нескольких простых медицинских услуг (комплекса простых медицинских услуг) из подготовительного этапа технологии выполнения каждой последующей простой медицинской услуги может быть исключена обработка рук. В таком случае обработка рук осуществляется до и после проведения всего комплекса простых медицинских услуг.
- 4.4 В случае наличия у пациента заболевания, требующего дополнительных мер безопасности (лихорадка неясного генеза, особо опасные инфекции и др.), выполнение простой медицинской услуги дополняется особыми мерами безопасности (маска, защитные очки, и др.) в соответствии с действующими нормативными документами.
- 4.5 При расчёте затрат на выполнение двух и более параллельно осуществляемых простых медицинских услуг (например, выполнение пособия при мочеиспускании одновременно с пособием при дефекации), необходимо использовать коэффициент маржинальности в соответствии с утвержденной номенклатурой работ и услуг в здравоохранении.
- 4.6 Добровольное информированное согласие пациента или его законных представителей на выполнение простой медицинской услуги регламентируется соответствующими нормативными документами. Добровольное информированное согласие пациента может быть получено для выполнения как одной простой медицинской услуги, так и для выполнения их комплекса. Медицинский персонал должен быть уверен в наличии добровольного информированного согласия пациента на выполнение простой медицинской услуги, для этого выполнение простой медицинской услуги начинается с устного контролирующего вопроса о согласии на выполнение назначенной простой медицинской услуги.

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

1. ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Код технологии		Название технологии
A02.09.002		Измерение окружности грудной клетки
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения Амбулаторно-поликлинические Стационарные Санаторно-курортные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Диагностическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изде-	Сантиметровая лента

	лия медицинского назначения	
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство
5.6	Прочий расходный материал	Перчатки не стерильные Мыло Стул (при проведении измерений в положении сидя)
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм измерения окружности грудной клетки</p> <p>1. Подготовка к процедуре:</p> <p>1.1. Проверить целостность сантиметровой ленты, чёткость обозначений.</p> <p>1.2. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры.</p> <p>1.3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>1.4. Помочь принять пациенту удобное положение.</p> <p>2. Выполнение процедуры:</p> <p>2.1. Предложить пациенту освободить грудную клетку от одежды и слегка отвести руки в стороны.</p> <p>2.2. Наложить сантиметровую ленту сзади – по нижним углам лопаток, спереди – по 4 ребру.</p> <p>Для детей грудного возраста Наложить сантиметровую ленту сзади под нижним углом лопаток, спереди – по нижнему краю околососковых кружков.</p> <p>Определить по ленте величину окружности грудной клетки. При этом рекомендуется натянуть ленту и слегка прижать мягкие ткани.</p> <p>2.3. Прodelать измерение 3 раза (в покое, на максимальном вдохе и максимальном выдохе).</p> <p>3. Окончание процедуры</p> <p>3.1. Сообщить пациенту результат измерения окружности грудной клетки.</p> <p>3.2. Надеть перчатки и обработать ленту дезинфицирующим раствором.</p> <p>3.3. Снять перчатки и поместить в ёмкость с дезинфицирующим раствором.</p> <p>3.4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>3.5. Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.</p>	
7.	Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики:	

	<ul style="list-style-type: none"> – При необходимости использовать перчатки (если у пациента имеет место кожное заболевание и т.д.) – Выполнять процедуру в зависимости состояния больного (сидя или стоя) – При измерении окружности грудной клетки новорождённому в родильном зале медицинский персонал работает в стерильной одежде (маска, халат, перчатки). Для измерения применяется стерильная сантиметровая лента. Манипуляция проводится на пеленальном столике. 								
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка: Размеры грудной клетки, полученные при измерении в покое, используются для оценки телосложения пациента (подсчёт индекса Бругша):</p> $T/L \times 100,$ <p>Где Т – окружность груди (см); L – рост (см).</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Индекс Бругша</th> <th style="text-align: center;">Оценка результатов</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">50-55</td> <td style="text-align: center;">норма</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Более 55</td> <td style="text-align: center;">Широкая грудная клетка (гиперстеническое телосложение)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Менее 50</td> <td style="text-align: center;">Узкая грудная клетка (астеническое телосложение)</td> </tr> </tbody> </table>	Индекс Бругша	Оценка результатов	50-55	норма	Более 55	Широкая грудная клетка (гиперстеническое телосложение)	Менее 50	Узкая грудная клетка (астеническое телосложение)
Индекс Бругша	Оценка результатов								
50-55	норма								
Более 55	Широкая грудная клетка (гиперстеническое телосложение)								
Менее 50	Узкая грудная клетка (астеническое телосложение)								
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи: Пациент должен быть информирован о предстоящем измерении окружности грудной клетки. Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на измерение окружности грудной клетки не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.</p>								
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Проведение контрольного измерения с целью установления соответствия полученных данных. – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения. – Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги. 								
11.	Стоимостные характеристики технологий выполнения простой ме-								

	медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 0,1.
12.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует.
13.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости): Отсутствует.

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

2. ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЯХ

Код технологии		Название технологии
A02.12.002		Измерение артериального давления на периферических артериях
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия 040400 Стоматология
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные Санаторно-курортные Транспортировка в условиях «скорой медицинской помощи»	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги	

	Диагностическое Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Прибор для измерения артериального давления (тонометр, прошедший ежегодную поверку средств измерения), соответствующий ростовозрастным показателям пациента и разрешённый к применению в медицинской практике Стетофонендоскоп
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для обработки рук. Антисептическое или дезинфицирующее средство для обработки мембраны стетофонендоскопа Спирт 70°
5.6	Прочий расходный материал	Мыло. Марлевые салфетки Кушетка (при измерении артериального давления в положении лёжа) Стул (при измерении артериального давления в положении сидя) Стол
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Основным неинвазивным методом измерения артериального давления является аускультативный.</p> <p>Алгоритм исследования артериального давления</p> <p>1. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры. 1.2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 1.3. Придать пациенту удобное положение, усадить или уложить его. <p>2. Выполнение процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Обнажить руку пациента, расположив её ладонью вверх, на уровне сердца. 2.2. Наложить манжету тонометра на плечо пациента. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца (для детей и взрослых с маленьким объёмом руки – один палец), а её нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки. 2.3. Постепенно произвести нагнетание воздуха грушей тонометра до 	

	<p>исчезновения пульса (исчезновение пульса фиксируется исследователем пальпаторно). Этот уровень давления, зафиксированный на шкале тонометра, соответствует систолическому давлению.</p> <p>2.4. Спустить воздух из манжеты тонометра и подготовить прибор для повторного накачивания воздуха.</p> <p>2.5. Мембрану стетофонендоскопа поместить у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к коже, но, не прилагая для этого усилий.</p> <p>2.6. После фиксации мембраны быстро накачать манжету до уровня, превышающего полученный результат на 30 мм рт. ст.</p> <p>2.7. Сохраняя положение стетофонендоскопа, начать спускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм рт. ст. за секунду. При давлении более 200 мм рт. ст. допускается увеличение этого показателя до 4-5 мм рт. ст. за секунду.</p> <p>2.8. Запомнить по шкале на тонометре появление первого тона – это систолическое давление, значение которого должно совпадать с оценочным давлением, полученным пальпаторным путём.</p> <p>2.9. Отметить по шкале на тонометре прекращение громкого последнего тона – это диастолическое давление. Для контроля полного исчезновения тонов продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт. ст. относительно последнего тона.</p> <p>3. Окончание процедуры</p> <p>3.1. Сообщить пациенту результат измерения артериального давления.</p> <p>3.2. Обработать мембрану фонендоскопа антисептическим или дезинфицирующим средством.</p> <p>3.3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>3.4. Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию. Об изменении артериального давления у пациента – сообщить врачу.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики:</p> <p>Для корректного измерения артериального давления необходимо соблюдать ряд условий.</p> <p>1. Условия измерения артериального давления. Измерение должно проводиться в спокойной комфортной обстановке при комнатной температуре, после адаптации пациента к условиям кабинета в течение не менее 5-10 мин. за час до измерения исключить приём пищи, курение, приём тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли.</p> <p>2. Положение пациента. Артериальное давление может определяться в положении «сидя» (наиболее распространено), «лёжа» и «стоя», однако во всех случаях необходимо обеспечить положение руки, при котором середина манжеты находится на уровне сердца. Каждые 5 см смещения середины манжеты относительно уровня сердца приводят к завышению или занижению АД на 4 мм рт. ст.</p> <p>В положении «сидя» измерение проводится у пациента, распола-</p>

гающего в удобном кресле или на стуле, с опорой на спинку, с исключением скрещивания ног. Необходимо учитывать, что глубокое дыхание приводит к повышенной изменчивости артериального давления, поэтому необходимо информировать об этом пациента до начала измерения. Рука пациента должна быть удобно расположена на столе рядом со стулом, и лежать неподвижно с упором в области локтя до конца измерения. При недостаточной высоте стола необходимо использовать специальную подставку для руки. Не допускается положение руки на «весу». Для выполнения измерения артериального давления в положении «стоя» необходимо использовать специальные упоры для поддержки руки, либо во время измерения поддерживать руки пациента в районе локтя.

3. Кратность измерений. Повторные измерения проводятся с интервалом не менее 2-х минут. Во время первого визита пациента необходимо измерить артериальное давление на обеих руках. В дальнейшем целесообразно производить эту процедуру только на одной руке, всегда отмечая, на какой именно. При выявлении устойчивой значительной асимметрии (более 10 мм рт. ст. для систолического артериального давления и 5 мм рт. ст. для диастолического артериального давления), все последующие измерения проводятся на руке с более высокими цифрами. В противном случае измерения проводятся, как правило, на «нерабочей» руке.

Если первые два измерения артериального давления отличаются между собой не более, чем на 5 мм рт. ст., измерения прекращают и за уровень артериального давления принимают среднее значение этих величин.

Если имеется отличие более 5 мм рт. ст., проводится третье измерение, которое сравнивается по приведённым выше правилам со вторым, а затем (при необходимости) и четвёртое измерение. Если в ходе этого цикла выявляется прогрессивное снижение артериального давления, то необходимо дать дополнительное время для расслабления пациента.

Если же отмечаются разнонаправленные колебания артериального давления, то дальнейшие измерения прекращают и определяют среднее трёх последних измерений (при этом исключают максимальные и минимальные значения артериального давления).

Для детей от 1 года до 18 лет

Манжета тонометра должна соответствовать возрасту (равна ½ окружности плеча). Выпускаются специальные, соответствующие возрасту манжеты, шириной 3,5 – 13 см.

Размеры манжеты для измерения АД:

До 1 года	2,5 – см;
От 1 до 3-х лет	5-6 – см;
От 4х до 7 лет	8-8,5 см;
От 8 до 9 лет	9 см;
От 10 до 13 лет	10 см;
От 14 до 18 лет	13 см;

Новорождённым детям измерение АД производят на голени манже-

	<p>той М-130, на бедре – манжетой М-180, височная артерия – М-55</p> <p>Новорождённые 70/85 нормотензия</p> <p>Дети от года до 5 лет 80+2n нормотензия,</p> <p>Дети от 5 до 15 лет 100+n нормотензия (n – число лет)</p>									
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка:</p> <p>Оценка результатов производится путём сопоставления полученных данных с установленными нормативами (для относительно здорового человека).</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 40%; text-align: center;">Нормотензия</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">гипертензия</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">День</td> <td style="text-align: center;"><135/85</td> <td style="text-align: center;">>= 140/90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Ночь</td> <td style="text-align: center;"><120/70</td> <td style="text-align: center;">>=125/75</td> </tr> </table> <p>При промежуточных значениях артериального давления правомочно говорить о предположительно повышенном артериальном давлении.</p>		Нормотензия	гипертензия	День	<135/85	>= 140/90	Ночь	<120/70	>=125/75
	Нормотензия	гипертензия								
День	<135/85	>= 140/90								
Ночь	<120/70	>=125/75								
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи:</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация об измерении артериального давления, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на измерение артериального давления не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.</p>									
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Проведение контрольного измерения с целью установления соответствия полученных данных. – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения. – Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги. 									
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ врача – 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 0,3.</p>									
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует.</p>									
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация</p>									

	(при необходимости): Отсутствует.
--	---------------------------------------------

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

3. ТЕРМОМЕТРИЯ ОБЩАЯ

Код технологии	Название технологии
A02.31.001	ТЕРМОМЕТРИЯ ОБЩАЯ
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования
1.1	<p>Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги</p> <p>Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям:</p> <p style="padding-left: 40px;">0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело</p>
1.2	<p>Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу</p> <p>Отсутствуют</p>
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала
2.1	<p>Требование по безопасности труда при выполнении услуги</p> <p>1) До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры. 2) В случае повреждения ртутного термометра собрать ртуть и остатки термометра, и провести демеркуризацию, поместить в отходы класса «Г».</p>
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные Санаторно-курортные.
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Диагностическое
5.	Материальные ресурсы

5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Термометр медицинский (ртутный, электронный или другой разрешённый к применению) Лоток
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептический раствор для обработки рук. Антисептический или дезинфицирующий раствор для обработки термометров Вазелин (вазелиновое масло) – при измерении ректальной температуры
5.6	Прочий расходный материал	Марлевые салфетки Демеркуризатор (20 % хлорная известь или 0,2 % подкисленный раствор перманганата калия). Перчатки не стерильные (при измерении ректальной температуры). Мыло. Ёмкость для дезинфекции
6.	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
6.1	<p>Температура тела измеряется в подмышечной впадине, полости рта, в прямой кишке, в паховой складке у детей до года.</p> <p>Алгоритм измерения температуры тела в подмышечной впадине</p> <p>I. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 2. Приготовить сухой чистый термометр (стеклянный ртутный): проверить его целостность. 3. Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры. 4. Встряхнуть термометр сверху вниз, так чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар. <p>II. Выполнение процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Осмотреть подмышечную впадину, при необходимости – вытереть насухо салфеткой или попросить пациента сделать это. 2. Расположить термометр в подмышечной области так чтобы ртутный резервуар со всех сторон плотно соприкасался с телом пациента (прижать плечо к грудной клетке). 3. Оставить термометр не менее чем на 5 минут. <p>III. Окончание процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Извлечь термометр из подмышечной впадины, произвести считывание показаний термометра, держа его горизонтально на уровне глаз. 2. Сообщить пациенту результаты измерения. 	

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Встряхнуть термометр сверху вниз, так чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар, положить в контейнер с дезинфицирующим раствором. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации. 6. О лихорадящих пациентах сообщить дежурному врачу.
6.2	<p>Алгоритм измерения температуры тела в полости рта (стеклянным ртутным термометром)</p> <p>I. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 2. Приготовить термометр: проверить его целостность, при необходимости – протереть насухо чистой салфеткой. 3. Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры. 4. Встряхнуть термометр сверху вниз, так чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар. <p>II. Выполнение процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внимательно осмотреть ротовую полость, убедиться в возможности измерения температуры данным способом. 2. Поместить резервуар термометра в задний подъязычный карман (справа или слева) и попросить пациента подержать его там с закрытым ртом не менее 2 минут, соблюдая осторожность, чтобы случайно не повредить термометр зубами. <p>III. Окончание процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Извлечь термометр из ротовой полости, протереть его салфеткой, произвести считывание показаний термометра, держа его горизонтально на уровне глаз. Салфетку утилизировать. 2. Сообщить пациенту результаты измерения. 3. Встряхнуть термометр сверху вниз, так чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар, положить в контейнер с дезинфицирующим раствором. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации. 6. О лихорадящих пациентах сообщить дежурному врачу.
6.3	<p>Алгоритм измерения температуры в прямой кишке</p> <p>I. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки. 2. Приготовить термометр: проверить его целостность, при необходимости – протереть насухо чистой салфеткой. 3. Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры.

	<p>4. Попросить пациента лечь на бок, ноги согнуть в коленных и тазобедренных суставах.</p> <p>II. Выполнение процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Резервуар термометра смазать вазелином. 2. Раздвинуть 1 и 2 пальцами левой руки ягодицы пациента, осмотреть область анального отверстия. 3. Ввести резервуар термометра в анальное отверстие на глубину 3-4 см. Если чувствуется сопротивление введению термометра, процедуру немедленно прекратить. 4. Оставить термометр на 10 мин. <p>III. Окончание процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Извлечь термометр, протереть его салфеткой, считать результат. Салфетку утилизировать. 2. Сообщить пациенту результаты измерения. 3. Термометр поместить в ёмкость с дезинфектантом. 4. Протереть салфеткой анальное отверстие, помочь пациенту принять удобное положение. 5. Снять перчатки, поместить в дезинфицирующий раствор. 6. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 7. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации. 		
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Измерение температуры тела проводится, как правило, 2 раза в сутки: утром с 6 до 9 часов и вечером с 17 до 19 часов; по назначению врача измерение температуры может производиться чаще, по мере необходимости.</p> <p>Перед измерением температуры пациент нуждается в отдыхе (10-15 мин); проводить измерения не ранее чем через час после приёма пищи; в экстренных ситуациях это не учитывается.</p> <p>При использовании электронного термометра необходимо следовать инструкции по применению данного прибора.</p> <p>Одноразовые химические термометры используются для измерения температуры во рту или в подмышечной области. При пероральном применении термометр помещается в ротовую полость произвольно матрицей кверху, результат читается через 60 с; результаты измерения в области подмышек оценивают через 3 мин, полоска с точечной матрицей обязательно должна быть приложена к телу.</p>		
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <table border="1" data-bbox="225 1825 1457 1865"> <tr> <td data-bbox="225 1825 842 1865">Температура тела, °С</td> <td data-bbox="842 1825 1457 1865">Оценка результатов</td> </tr> </table>	Температура тела, °С	Оценка результатов
Температура тела, °С	Оценка результатов		

	<p>35,0 и ниже 36,2-36,9 37,0-38,0 38,0-39,0 39,0-40,0 более 40,0</p>	<p>Гипотермия Норма Субфебрильная Фебрильная Пиретическая Гиперпиретическая</p>
	<p>В ротовой полости и прямой кишке в норме температура выше на 1 °С, чем в подмышечной впадине. У пожилых людей температура тела 35,0-36,0 °С, у новорождённых 37,0-37,2 °С считается нормой.</p>	
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании температуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на измерение температуры не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.</p>	
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Проведение контрольного измерения с целью установления соответствия полученных данных. – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения. – Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги. 	
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 0,2.</p>	
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует.</p>	
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости): Отсутствует.</p>	

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

4. ИЗМЕРЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА

Код технологии		Название технологии
A02.01.001		ИЗМЕРЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	1) До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.

3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные Санаторно-курортные.	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Диагностическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Медицинские весы любой модификации с диапазоном измерений, соответствующим возрастным характеристикам пациента, проверенные и разрешённые к применению в медицинской практике
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство
5.6	Прочий расходный материал	Одноразовая салфетка (или чистый лист бумаги) Чистая пелёнка (для детей грудного возраста)
6.	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	

6.1	<p>Алгоритм измерения массы тела пациента</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подготовка к процедуре: <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Проверить исправность и точность медицинских весов в соответствии с инструкцией по их применению. 1.2 Постелить салфетку на площадку весов. 1.3 Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 1.4 Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры. 2. Выполнение процедуры: <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Установить равновесие весов (для механических конструкций), закрыть затвор. 2.2 Предложить пациенту раздеться до нательного белья, помочь разуться и осторожно встать (без обуви) на середину площадки. 2.3 Открыть затвор, провести определение массы тела пациента, закрыть затвор. 3. Окончание процедуры: <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Сообщить пациенту результат исследования массы тела. 3.2 Помочь пациенту сойти с площадки весов. 3.3 Убрать салфетку с площадки весов и выбросить её в ёмкость для отходов. 3.4 Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3.5 Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.
6.2	<p>Алгоритм измерения массы тела грудного ребёнка</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подготовка к процедуре: <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Проверить исправность и точность медицинских весов в соответствии с инструкцией по их применению. 1.2 Постелить салфетку на площадку весов. 1.3 Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 1.4 Представиться родителям или лицу, ответственному за ребёнка, объяснить цель и ход процедуры. 2. Выполнение процедуры: <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Установить равновесие весов (для механических конструкций), закрыть затвор. 2.2 Распеленать ребёнка и уложить его на площадку весов. 2.3 Открыть затвор, провести определение массы тела ребёнка, закрыть затвор. 3. Окончание процедуры: <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Сообщить результат исследования массы тела ребёнка. 3.2 Снять ребёнка с площадки весов, переложить на столик для пеленания, запеленать ребёнка. 3.3 Убрать пелёнку с площадки весов и поместить её в ёмкость для дезинфекции.

	<p>3.4 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>3.5 Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.</p>
<p>6.3</p>	<p>Алгоритм измерения массы тела грудного ребёнка на электронных медицинских весах.</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установить весы на неподвижной поверхности (обычно на тумбочку возле пеленального стола). 2. Включить вилку сетевого провода в сеть, при этом на цифровом индикаторе засветится рамка. Через 35-40 сек. на табло появятся цифры (нули). Оставить весы включенными на 10 мин. 3. Проверить весы: нажать рукой с небольшим усилием в центр лотка – на индикаторе высветятся показания соответствующие усилию руки; отпустить грузоподъемную платформу – на индикаторе появятся нули. 4. Обработать поверхность весов дезинфицирующим раствором. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Положить на грузоподъемную платформу пелёнку – на индикаторе высветиться её вес. Сбросить вес пелёнки в память машины, нажав кнопку «Т» - на индикаторе появятся нули. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Раздеть ребёнка. 2. Осторожно уложить на платформу сначала ягодичками, затем плечиками и головой. Ножки следует придерживать. Через некоторое время на индикаторе высветится значение массы ребёнка, слева от значения массы значок «0», обозначающий, что взвешивание закончено. При перегрузке весов на табло высветиться надпись «END». Спустя 5-6 с можно сбросить полученный результат. Значение массы фиксируется 35-40 с, затем, если не нажать кнопку «Т», показания весов автоматически сбрасываются на «0». 3. Снять с весов пелёнку. Весы автоматически устанавливаются на «0». <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обработать дезинфицирующим раствором рабочую поверхность весов. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
<p>7.</p>	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики:</p> <p>Медицинский работник должен обязательно предупреждать пациента о необходимости опорожнения мочевого пузыря и кишечника до момента проведения взвешивания.</p> <p>При взвешивании лежащего пациента производить взвешивание с помощью кроватных весов в соответствии с имеющейся к ним инструкцией.</p>

<p>8.</p>	<p>Достижимые результаты и их оценка:</p> <p>Одномоментное взвешивание пациента с целью определения массы тела не оценивается;</p> <p>Повторные взвешивания пациента должны сопровождаться записью об увеличении/уменьшении веса пациента на конкретную величину, полученную в результате сравнения двух или более результатов взвешивания;</p> <p>Результаты взвешивания с целью определения избыточной/недостаточной массы тела могут быть использованы для подсчёта индекса Бушара:</p> $P/L \times 100$ <p>где P – масса тела (кг); L – рост (см).</p> <p>Средняя величина индекса Бушара равна 36-40; более высокие цифры указывают на избыточную, а более низкие – на недостаточную массу тела.</p> <p>Индекс Кетле = вес в кг/рост в кв. м</p> <p><18 – 19,9 – недовес 20-24,9 – идеально 25-29,9 – предожирение >30 – ожирение</p>
<p>9.</p>	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация об измерении веса тела пациента, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на измерение массы тела не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.</p>
<p>10.</p>	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Проведение контрольного измерения с целью установления соответствия полученных данных. – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения. – Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.

11.	Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 0,2.
12.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует.
13.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости): При проведении измерения массы тела в условиях медицинской организации результаты заносятся в соответствующую медицинскую документацию.

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

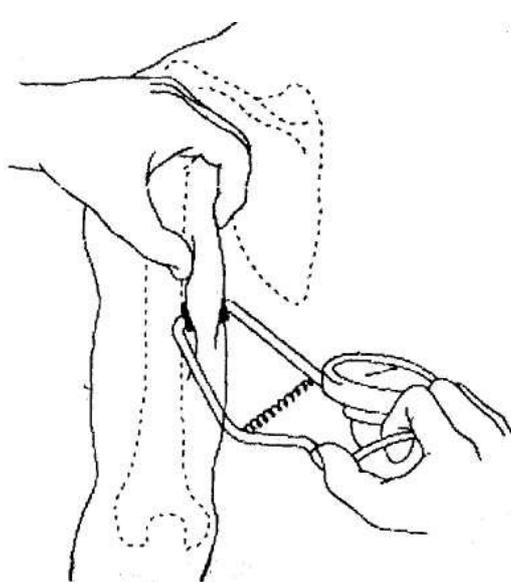
5. ИЗМЕРЕНИЕ ТОЛЩИНЫ ЖИРОВОЙ СКЛАДКИ (ПЛИКОМЕТРИЯ)

Код технологии	Название технологии
A02.01.004	Измерение толщины жировой складки (пликометрия)
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования

1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные Санаторно-курортные.	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Диагностическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Калипер
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для рук. Дезинфицирующее средство.
5.6	Прочий расходный материал	Мыло. Не стерильные перчатки Ёмкость для дезинфекции

<p>6.</p>	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Алгоритм измерения толщины жировой складки</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки. 3. Подготовить калипер к работе, проверить работоспособность прибора. 4. Помочь пациенту раздеться (в зависимости от места измерения) и занять удобное положение. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Определить место наложения прибора по традиционной методике или в соответствии с назначением врача. 6. Захватить кожу и подкожно-жировую клетчатку в месте измерения в складку высотой 1 см. 7. Наложить калипер на складку дистальнее большого и указательного пальцев, посередине между верхушкой и основанием складки. 8. Отпустить рычажок калипера, продолжая поддерживать складку до окончания измерения. 9. Через 2 секунды считать показания шкалы калипера. 10. Повторить измерение трижды, при этом результате не должны различаться более чем на 1 мм. <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Снять калипер. 12. Сообщить пациенту результаты исследования. 13. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 14. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
<p>7.</p>	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Стандартными точками определения толщины жировой складки являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Область трёхглавой мышцы – на 1 см выше середины расстояния между кончиком акромиального отростка лопатки и локтевого отростка локтевой кости по задней поверхности плеча. Складка должна располагаться параллельно продольной оси конечности. 2. Область двуглавой мышцы – на уровне первого измерения, по передней поверхности плеча. Складка должна располагаться параллельно продольной оси конечности. 3. Подлопаточная область – под нижним углом лопатки. Складка должна располагаться параллельно естественным складкам кожи: обычно это линия, располагающаяся под углом 45 градусов к горизонтали.

	<p>4. Боковая поверхность грудной клетки – по среднеподмышечной линии на уровне 5 межреберья. Складка должна располагаться вертикально.</p> <p>5. Над гребнем подвздошной кости – 2 см выше гребня подвздошной кости по среднеаксиллярной линии, горизонтально.</p> <p>6. Область середины бедра – на середине расстояния между нижней частью ягодичной складки и складкой, располагающейся непосредственно сзади от надколенника. Складка должна располагаться параллельно оси нижней конечности.</p> <p>7. Область икроножной мышцы – на уровне максимальной окружности голени. Складка должна располагаться параллельно оси нижней конечности.</p> <p>8. Область живота – под мечевидным отростком грудины, на 5 см влево от стеральной линии.</p> <p>Для детей различного возраста</p> <p>Для оценки подкожного жирового слоя детям большим и указательным пальцами правой руки захватывают в складку не только кожу, но и подкожную клетчатку. Определять толщину подкожного жирового слоя следует не на одном участке, так как при ряде заболеваний отложение жира в различных местах оказывается неодинаковым.</p> <p>Обращают внимание на равномерное (по всему телу) или неравномерное распределение подкожного жирового слоя. Объективно толщина подкожного жирового слоя для детей первых трёх лет жизни определяется следующим образом: на лице – в области щёк (норма 2-2,5 см); на животе – на уровне пупка снаружи от него (норма 1-2 см); на туловище – под ключицей и под лопаткой (норма 1-2 см); на конечностях – по задненаружной поверхности плеча (норма 1-2 см) и на внутренней поверхности бёдер (норма 3-4 см). для детей старше 5-7 лет толщина подкожного жирового слоя определяется по четырём складкам: над бицепсом (норма 0,5-1 см); над трицепсом (норма 1 см); над осью подвздошной кости (норма 1-2 см); над лопаткой – горизонтальная складка (норма 1,5 см).</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Результатом исследования является линейная толщина жировой складки. Интерпретация результата проводится путём сопоставления полученного результата с эталонными (табличными) показателями, установленными с учётом пола и возраста пациента.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация об измерении толщины жировой складки пациента, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного исследования.</p> <p>Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на измерение массы тела не требуется, так как данный</p>

	<p>диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствуют повреждения кожного покрова в месте проведения процедуры. – Проведение контрольного измерения с целью установления соответствия полученных данных. – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения. – Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 0,1.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуг</p> 
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>I. Расчёт жировой и свободной от жира массы тела (по методу Durnin – Womersley, 1987)</p> <p>1. Измерить толщину следующих кожных складок в мм: на уровне двуглавых, трёхглавых мышц, под лопатками и над подвздошными костями;</p>

2. Рассчитать сумму (E) путём сложения полученных результатов измерения кожных складок;
3. Вычислить логарифм от полученной суммы (E);
4. Рассчитать плотность тела (D, г/мл) по одной из ниже перечисленных формул с учётом возраста пациента и его веса.

5. Рассчитать жировую массу тела (ЖМ) по формуле:

$$\text{ЖМ} = \text{вес тела (кг)} \times \left[\frac{4,95}{D} - 4.5 \right]$$

6. Рассчитать свободную от жира массу тела (СЖМ) по формуле

$$\text{СЖМ} = \text{Вес тела (кг)} - \text{Жировая масса (кг)}$$

II. Оценка содержания жира (%) в организме мужчин в зависимости от суммарной толщины кожно-жировых складок (в 4-х местах) и возраста (Durnin I.V. – Womersley I.C.)

1. Измерить толщину следующих кожных складок в мм: на уровне двуглавых, трёхглавых мышц, под лопатками и над подвздошными костями;
2. Рассчитать сумму (E) путём сложения полученных результатов измерения кожных складок;
3. Определить искомый показатель по таблице

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

6. ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ

Код технологии	Название технологии	
A02.03.002	Измерение окружности головы	
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Диагностическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Пеленальный столик (при измерении окружности головы у новорождённых и детей грудного возраста)
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Спирт этиловый 70° – 5 мл Антисептическое средство для рук. Дезинфицирующее средство.
5.6	Прочий расходный материал	Жидкое мыло с дозатором – 1 шт. Мягкая сантиметровая лента – 1 шт. Перчатки не стерильные (при измере-

		нии окружности головы у новорождённых) Стул Салфетка (пелёнка) Марлевые салфетки (ватные шарики)
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Алгоритм измерения окружности головы</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Объяснить пациенту (родственникам), цель и ход предстоящей процедуры и получить его согласие. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Подготовить необходимое оснащение. 4. Обеспечить адекватную освещённость рабочего места. 5. Попросить пациента сесть. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наложить сантиметровую ленту на голову пациента по ориентирам: сзади – затылочный бугор, спереди – надбровные дуги. 2. Определить результат измерения. 3. Снять сантиметровую ленту. <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сообщить пациенту (родственникам) о результатах измерения. 2. Обработать сантиметровую ленту дезинфицирующим средством в соответствии с принятыми санитарными нормами и правилами. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию. 	
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>При измерении окружности головы новорождённому в родильном зале медицинский персонал работает в стерильной одежде (маска, халат, перчатки). Для измерения применяется стерильная лента. Манипуляция проводится на пеленальном столике.</p>	
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Оценка измерения окружности головы проводится как изолированно, так и в сочетании с другими антропометрическими показателями, в первую очередь массой тела и длиной тела, по специальным стандартизированным таблицам (таблицы центильного или параметрического типа; таблицы, предложенные Э. Парайц и Й. Сенаши, и др.).</p> <p>При оценке показателей окружности головы у детей различного возраста пользуются <i>центильными таблицами</i> (Приложение №1): «Распределение окружности головы (см) по возрасту (мальчики)»; «Распределение окружности головы (см) по возрасту (девочки)»;</p>	

	оценка проводится путём сопоставления полученных данных с половозрастными нормативами, измеряемыми в центильных величинах:	
	Средние, или условно нормальные величины	
	Центили	Интерпретация
	25 – 75	Область «средних величин»
	10 – 25	Область величин «ниже среднего»
	75 – 90	Область величин «выше среднего»
	Отклонения от нормы	
	Центили	Интерпретация
	3 – 10	Область «низких величин»
	90 – 97	Область «высоких величин»
	До 3	Область «очень низких величин»
	От 97	Область «очень высоких величин»
		Клиническое значение
		Норма
		Возможное патологическое состояние
		Возможное патологическое состояние
		Вероятность патологического состояния высокая
		Вероятность патологического состояния высокая
		Вероятность патологического состояния очень высокая
		Вероятность патологического состояния очень высокая
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациент (его родственники или доверенные лица) должен быть информирован о клиническом значении измерения и порядке его проведения в соответствии с определёнными правилами. Письменного согласия не требуется, так как метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.	
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения. – Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. – Отсутствует отрицательная реакция пациента на измерение. – Наличие записи о результатах измерения в медицинской документации.	
11.	Стоимостные характеристики технологий выполнения медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 0,1.	
12.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует	
13.	Формулы, расчёты, нормограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствует	

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

7. ПЛАНТОГРАФИЯ

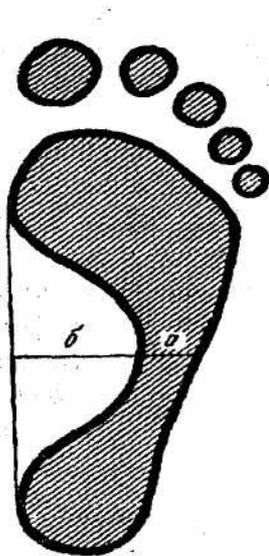
Код технологии		Название технологии
A02.03.003		ПЛАНТОГРАФИЯ
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1. Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0406 Сестринское дело 2. Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Диагностическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Плантограф Шпатель
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Эфир – 50 мл.

		Антисептическое средство для рук. Дезинфицирующее средство.
5.6	Прочий расходуемый материал	Жидкое мыло. Салфетки Линейка. Карандаш. Краситель – в соответствии с методической плантографии. Не стерильные перчатки, Клеёнка, Лист плотной бумаги
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Алгоритм выполнения плантографии</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки. 3. Попросить пациента разуться, при необходимости помочь ему. 4. Усадить пациента на стул. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. При получении отпечатка стоп с использованием красителя <ol style="list-style-type: none"> 5.1 обезжирить поверхность стоп пациента эфиром 5.2 нанести краситель на стопы пациента с помощью шпателя или салфетки 5.3 постелить перед пациентом лист плотной бумаги 5.4 попросить пациента аккуратно встать на бумагу, не смещая и не деформируя её 5.5 попросить пациента сесть и поднять ноги 5.6 убрать лист бумаги с оттисками стоп пациента 5.7 предложить пациенту смыть краситель с помощью воды или соответствующего растворителя. При необходимости помочь ему 5.8 осушить ноги с помощью салфетки 5.9 разрешить пациенту одеть обувь 6. При получении отпечатка с помощью плантографа <ol style="list-style-type: none"> 6.1 подстелить под полотно плантографа лист плотной бумаги 6.2 смочить полотно плантографа чернилами, разведёнными водой в соотношении 1:1 или штемпельной мастикой 6.3 застелить полотно плантографа полиэтиленовой плёнкой или клеёнкой. 6.4 Попросить пациента аккуратно встать на полотно плантографа, не смещая и не деформируя его 6.5 Попросить пациента сесть и поднять ноги 6.6 Убрать лист бумаги с оттисками стоп пациента 6.7 Разрешить пациенту одеть обувь 7. На плантограмме провести касательную к наиболее выступающим точкам внутреннего контура стопы 	

	<p>8. Из середины касательной восстановить перпендикуляр до пересечения его с наружным контуром отпечатка стопы</p> <p>9. Вычислить индекс стопы</p> <p>9.1 I – по В.А. Штритер – длины части перпендикуляра, которая пошла через отпечаток (а), ко всей длине (а + б) $I = a/(a + б)$</p> <p>9.2 I_1 – по И.М. Чижину – длины части перпендикуляра, которая пошла через отпечаток (а) к отрезку ограниченному внутренним контуром отпечатка и проведённой касательной (б) $I = a/б$</p> <p>III. Окончание процедуры.</p> <p>10.Сообщить пациенту результаты исследования.</p> <p>11.Расходный материал (перчатки, салфетки) поместить в ёмкость для дезинфекции.</p> <p>12.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>13.Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Техника изготовления отпечатка. Пациента усаживают на табурет. На чистом полу расстилают лист чистой бумаги размером не меньше площади опоры обеих стоп. Тщательно вымытые и обезжиренные эфиром подошвы обеих стоп пациента смазывают ватным шариком, смоченным раствором I. Больному предлагают опустить увлажнённые стопы на бумагу и осторожно, не сдвигая их встать с табурета. Через 4 – 5 секунд, больной снова садится на табурет и поднимает обе подошвы с листа. На бумаге получаются бесцветные отпечатки влажных подошв больного. Через 5 – 10 мин после того как отпечаток хорошо подсохнет, вторым ватным шариком, смоченным раствором II, слегка смазывают места полученного оттиска. Они немедленно чернеют, давая отчётливые изображения подошвенных поверхностей стоп.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оттиск с помощью йодной настойки со спиртом (по Богданову, 1953). Лист плотной бумаги равномерно смазывают 10 %-ной настойкой йода и высушивают. Затем подошвы исследуемых стоп смазывают спиртом и больному предлагают встать на приготовленный лист бумаги так же, как и при вышеописанном способе. 2. Оттиск типографской краской (Николаев, 1947). Гладкую металлическую пластинку или толстое стекло покрывают с помощью катка тонким слоем типографской чёрной краски. Больной, становиться на пластинку, переступает на ней два-три раза для того, чтобы подошвы стоп хорошо покрылись краской, а затем переходит осторожно на положенный перед пластинкой лист чистой бумаги. После изготовления оттиска краску с подошв удаляют керосином. Отпечатки стоп используют для вычисления высоты свода с нагрузкой и без неё.

	<p>3. Плантография по Смирнову – способ определения степени плоскостопия, основанный на получении отпечатка (на бумаге) подошвы, окрашенной чернилами.</p> <p>4. Плантография по Фолькманну (R. Volkman) – плантография, при которой отпечаток стопы на листе закопчённой бумаги фиксируют раствором шеллака в спирте.</p> <p>5. Плантография по Чижину: пациент встаёт на смоченную 10 % раствором полуторахлористого железа толстую ткань или войлок, а затем – на лист бумаги, импрегнированной 10 % раствором танина в спирту (или раствором гексацианферроата калия). На бумаге появляются тёмные отпечатки.</p> <p>При использовании компьютерных плантографов обработка стоп, получение изображения оттисков стоп, интерпретация и фиксирование результатов проводятся в соответствии с инструкцией к аппарату.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка Полученные результаты позволяют объективно диагностировать состояние сводов стопы</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациент информируется о порядке проведения процедуры в соответствии с избранной методикой, её клиническом значении. Информированное согласие даётся в устной форме.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Получены отчётливые отпечатки обеих стоп пациента. – Проведение контрольного измерения с целью установления соответствия полученных данных. – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения. – Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. – Отсутствует отрицательная реакция пациента на измерение. – Наличие записи о результатах измерения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача – 0,3 Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 0,3.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>

Схема отпечатка стопы



a – ширина; $a+b$ – ширина стопы.

13. **Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)**
Отсутствует

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

8. ИЗМЕРЕНИЕ РОСТА

Код технологии	Название технологии	
A02.03.005	ИЗМЕРЕНИЕ РОСТА	
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные Санаторно-курортные.	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Диагностическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Ростомер вертикальный (проверенные и допущенные к работе) Ростомер горизонтальный при измерении у детей грудного возраста (проверенные и допущенные к работе)
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для рук. Дезинфицирующее средство.

5.6	Прочий расходуемый материал	Жидкое мыло с дозатором. Салфетка однократного применения Пелёнка однократного применения (при измерении у детей грудного возраста) Не стерильные перчатки Контейнер для дезинфекции
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм измерения роста</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры и получить его согласие. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Подготовить ростомер к работе, в соответствии с инструкцией от производителя. 4. Положить салфетку на площадку ростомера (под ноги пациента) 5. Попросить пациента снять обувь и головной убор. 6. Поднять планку ростомера выше предполагаемого роста. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Попросить пациента встать на середину площадки ростомера так, чтобы он касался вертикальной планки ростомера пятками, ягодицами, межлопаточной областью и затылком. 2. Установить голову пациента так, чтобы козелок ушной раковины и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии 3. Опустить планку ростомера на голову пациента. 4. Определить на шкале рост пациента по нижнему краю планки. 5. Попросить пациента сойти с площадки ростомера (при необходимости – помочь сойти) <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сообщить пациенту о результатах измерения. 2. Надеть перчатки. 3. Снять салфетку с площадки ростомера и поместить её в ёмкость с дезинфицирующим раствором. 4. Поверхность ростомера обработать дезинфицирующим раствором однократно или двукратно с интервалом 15 минут в соответствии с методическими указаниями по применению дезинфицирующего средства. 5. Снять перчатки и поместить их в ёмкость с дезинфицирующим раствором. 6. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 7. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в меди- 	

	цинскую документацию.	
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Достоверность полученных данных возможна лишь при строгом соблюдении условий проведения измерения.</p> <p>В некоторых случаях рост измеряют в положении пациента сидя.</p> <p>Если у пациента имеются расстройства слуха, использовать методы невербального общения.</p> <p>Для измерения роста у детей грудного возраста применяется горизонтальный ростомер.</p> <p>Для измерения роста новорождённого в родильном зале используется стерильная мягкая лента. Персонал работает в стерильной одежде (халат, маска, перчатки).</p> <p>Для детей до 1 года ребёнка уложить на ростомер так, чтобы голова плотно прикасалась теменем к неподвижной планке, верхний край козелка уха и нижнее веко находились в одной вертикальной плоскости. Ноги ребёнка должны быть выпрямлены лёгким нажатием на колени и прижаты к доске ростомера. Придвинуть к стопам, согнутым под прямым углом по отношению к голени, подвижную планку ростомера. Определить по шкале длину тела ребёнка. Длина тела равна расстоянию между неподвижной и подвижной планками ростомера.</p> <p>Новорождённому измерению роста проводится в стерильном халате, на стерильной пелёнке, стерильной сантиметровой лентой, в стерильной маске и стерильных перчатках.</p>	
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Оценка измерения роста проводится как изолированно, так и в сочетании с другими антропометрическими показателями, в первую очередь массой тела и окружностью головы, по специальным стандартизированным таблицам (таблицы центильного или параметрического типа и др.).</p> <p>При оценке показателя роста, взятого в отдельности, пользуются <i>центильными таблицами</i> (Приложение №1):</p> <p>«<i>Распределение роста (см) по возрасту (мальчики)</i>»;</p> <p>«<i>Распределение роста (см) по возрасту (девочки)</i>»;</p> <p>Оценка проводится путём сопоставления полученных данных с половозрастными нормативами, измеряемыми в центильных величинах:</p>	
	Средние, или условно нормальные величины	
	Центили	Интерпретация
	25 – 75	Область «средних величин»
	10 – 25	Область величин «ниже среднего»
	75 – 90	Область величин «выше среднего»
		Клиническое значение
		Норма
		Возможное патологическое состояние
		Возможное патологическое состояние
	Отклонение от нормы	

	Центили	Интерпретация	Клиническое значение
	3 – 10	Область «низких величин»	Вероятность патологического состояния высокая
	90 – 97	Область «высоких величин»	Вероятность патологического состояния высокая
	До 3	Область «очень низких» величин	Вероятность патологического состояния очень высокая
	От 97	Область «очень высоких» величин	Вероятность патологического состояния очень высокая
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент (его родственники или доверенные лица) должен быть информирован о клиническом значении измерения и порядке его проведения в соответствии с определёнными правилами.</p> <p>Письменного согласия не требуется, так как метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.</p>		
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Проведение контрольного измерения с целью установления соответствия полученных данных. – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения. – Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. – Наличие записи о результатах измерения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги 		
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 0,1.</p>		
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>		
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствует</p>		

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

9. ПОДКОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВ И РАСТВОРОВ

Код технологии	Название технологии	
A11.01.002	Подкожное введение лекарств и растворов	
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры. Использование не прокальваемого контейнера для использованных игл.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные Санаторно-курортные. Транспортировка в условиях «скорой медицинской помощи»	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечение Реабилитация Профилактика	
5.	Материальные ресурсы	

5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Манипуляционный столик Шприцы одноразовые ёмкостью 1 – 5 мл, 2 стерильные иглы длиной 25 мм на 1 манипуляцию Лоток Пинцет стерильный Лоток стерильный
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептик для обработки инъекционного поля. Дезинфицирующее средство. Антисептик для обработки рук.
5.6	Прочий расходный материал	Мыло. Не стерильные перчатки Ёмкость для дезинфекции. Стерильные ватные шарики. Стерильные салфетки. Контейнер для сбора игл. Кушетка
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм выполнения подкожного введения лекарств</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство. 2. Предложить/помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лёжа. Выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Подготовить шприц. 5. Набрать лекарственный препарат в шприц. 6. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой инъекции для избежания возможных осложнений. 7. Надеть перчатки. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обработать место инъекции не менее чем 2 салфетками/шариками, смоченными антисептиком. 2. Собрать кожу одной рукой в складку треугольной формы основанием вниз. 	

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем. 4. Ввести иглу со шприцем быстрым движением под углом 45° на 2/3 длины. 5. Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не в сосуде. 6. Медленно ввести лекарственный препарат в подкожную жировую клетчатку. <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Извлечь иглу, прижать к месту инъекции шарик с кожным антисептиком, не отрывая руки с шариком, слегка помассировать место введения лекарств. 2. Подвергнуть дезинфекции расходный материал. 3. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Перед инъекцией следует определять индивидуальную непереносимость лекарственного вещества; поражения кожи и жировой клетчатки любого характера в месте инъекции</p> <p>После инъекции возможно образование подкожного инфильтрата (введение не подогретых масляных растворов), поэтому при введении масляных растворов необходимо предварительно подогреть ампулу в воде 37°.</p> <p>При подкожном введении гепарина необходимо держать иглу под углом 90°, не производить аспирации на кровь, не массировать место укола после инъекции.</p> <p>При назначении инъекции длительным курсом через 1 час после неё наложить на место инъекции грелку или сделать йодную сетку.</p> <p>Через 15 – 30 минут после инъекции обязательно узнать у пациента о его самочувствии и о реакции на введённое лекарство (выявление осложнений и аллергических реакций).</p> <p>Места для п/к введения – наружная поверхность плеча, наружная и передняя поверхность бедра в верхней и средней трети, подлопаточная область, передняя брюшная стенка.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Препарат пациенту введён.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент получает информацию о предстоящем лечении. Врач получает согласие на лечение и информирует медицинский персонал. Письменное согласие пациента требуется в случае применения лекарственных препаратов, проходящих испытания или требующих особого выполнения режимных моментов (длительность применения, выполнение методиче-</p>

	ских рекомендаций по нормам здорового образа жизни).
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствие постинъекционных осложнений – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения введения лекарственных препаратов. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,0.
12.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
13.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствует

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

10. ВНУТРИКОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВ

Код технологии		Название технологии
A11.01.003		Внутрикожное введение лекарств
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры. Использование не прокальваемого контейнера для использованных игл.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные Санаторно-курортные. Транспортировка в условиях «скорой медицинской помощи»	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечение Реабилитация Профилактика	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Манипуляционный столик Шприцы одноразовые ёмкостью 1 мл.

		Игла длиной 15 мм на одну манипуляцию Лоток Пинцет стерильный
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептик для обработки инъекционного поля. Дезинфицирующее средство. Антисептик для обработки рук.
5.6	Прочий расходный материал	Мыло. Не стерильные перчатки Ёмкость для дезинфекции. Стерильные ватные шарики. Стерильные салфетки. Контейнер для сбора игл. Кушетка
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм выполнения внутрикожного введения лекарств</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство. 2. Предложить/помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лёжа. Выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Подготовить шприц. 5. Набрать лекарственный препарат в шприц. 6. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой инъекции для избежания возможных осложнений. 7. Надеть перчатки. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обработать место инъекции не менее чем 2 салфетками/шариками, смоченными антисептиком. 2. Положить одну руку на предплечье пациента. Натянуть кожу на средней трети внутренней поверхности предплечья. 3. Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем, ввести в кожу только конец иглы почти параллельно коже, держа её срезом вверх, быстрым движением под углом 10 - 15° 4. Медленно ввести лекарственный препарат в кожу до появления папулы, свидетельствующего о попадании раствора в дерму. 	

	<p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал. 2. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>При проведении инъекции в кожу (дерму) необходимо выбирать место для инъекции, где нет рубцов, болезненности при прикосновении, кожного зуда, воспаления, затвердения.</p> <p>Через 15 – 30 минут после инъекции обязательно узнать у пациента о его самочувствии и о реакции на введённое лекарство (выявление осложнений и аллергических реакций).</p> <p>После выполнения процедуры место инъекции не массировать салфеткой.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Образовалась папула белого цвета, после извлечения иглы нет крови.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент получает информацию о предстоящем лечении. Врач получает согласие на лечение и информирует медицинский персонал. Письменное согласие пациента требуется в случае применения лекарственных препаратов, проходящих испытания или требующих особого выполнения режимных моментов (при прививках).</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствие постинъекционных осложнений – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения введения лекарственных препаратов. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ врача – 0,5 Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,0.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствует</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

11. ВНУТРИМЫШЕЧНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВ

Код технологии	Название технологии
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарств
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования
1.1	<p>Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги</p> <p>1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело</p> <p>2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия</p>
1.2	<p>Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу</p> <p>Отсутствуют</p>
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала
2.1	<p>Требование по безопасности труда при выполнении услуги</p> <p>До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры. Использование не прокальваемого контейнера для использованных игл.</p>
3.	<p>Условия выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Амбулаторно-поликлинические Стационарные Санаторно-курортные. Транспортировка в условиях «скорой медицинской помощи»</p>
4.	<p>Функциональное назначение простой медицинской услуги</p> <p>Лечение Реабилитация Профилактика</p>
5.	Материальные ресурсы

5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Шприцы одноразовые ёмкостью 5–10 мл и стерильные иглы длиной 38-40 мл. Лоток Пинцет стерильный Лоток стерильный
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептик для обработки инъекционного поля. Дезинфицирующее средство. Антисептик для обработки рук.
5.6	Прочий расходный материал	Мыло. Не стерильные перчатки Ёмкость для дезинфекции. Стерильные ватные шарики. Стерильные салфетки. Контейнер для сбора игл. Кушетка
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм выполнения внутримышечного введения лекарств</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство. 2. Предложить/помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лёжа. Выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Подготовить шприц. 5. Набрать лекарственный препарат в шприц. 6. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой инъекции для избежания возможных осложнений. 7. Надеть перчатки. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обработать место инъекции не менее чем 2 салфетками/шариками, смоченными антисептиком. 2. Туго натянуть кожу большим и указательным пальцами одной руки (у ребёнка и старого человека захватите мышцу), что увеличит массу мышцы и облегчит введение иглы. 	

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем. 4. Ввести иглу со шприцем быстрым движением под углом 90° на 2/3 её длины. 5. Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не в сосуде. 6. Медленно ввести лекарственный препарат в мышцу. <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Извлечь иглу, прижать к месту инъекции шарик с кожным антисептиком, не отрывая руки с шариком, слегка помассировать место введения лекарств. 2. Подвергнуть дезинфекции расходный материал. 3. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>При проведении инъекции в мышцы бедра или плеча шприц держать в правой руке как писчее перо, под углом, чтобы не повредить надкостницу.</p> <p>При назначении инъекции длительным курсом через 1 час после неё наложить на место инъекции грелку или сделать йодную сетку.</p> <p>Через 15 – 30 минут после инъекции обязательно узнать у пациента о его самочувствии и о реакции на введённое лекарство (выявление осложнений и аллергических реакций).</p> <p>Места для в/м инъекции – наружная поверхность плеча, наружная и передняя поверхность бедра в верхней и средней трети, верхний наружный квадрант ягодицы.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Препарат пациенту введён.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент получает информацию о предстоящем лечении. Врач получает согласие на лечение и информирует медицинский персонал. Письменное согласие пациента требуется в случае применения лекарственных препаратов, проходящих испытания или требующих особого выполнения режимных моментов (длительность применения, выполнение методических рекомендаций по нормам здорового образа жизни).</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствие постинъекционных осложнений – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения введения лекарственных препаратов. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со

	<p>временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p>
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,0.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствует</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

12. ВЗЯТИЕ КРОВИ ИЗ ПАЛЬЦА

Код технологии	Название технологии
A11.05.001	Взятие крови из пальца
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования
1.1	<p>Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги</p> <p>1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 040 Лабораторная диагностика</p>
1.2	<p>Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу</p> <p>Отсутствуют</p>
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала
2.1	<p>Требование по безопасности труда при выполнении услуги</p> <p>До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры. Использование не прокальваемого контейнера для использованных скарификаторов.</p>
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Диагностическое
5.	Материальные ресурсы
5.1	<p>Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения</p> <p>Манипуляционный столик Меланжеры Вакуумная система для забора крови Пробирки. Скарификаторы одноразовые.</p>
5.2	<p>Реактивы</p> <p>В зависимости от исследования и методики</p>
5.3	<p>Иммунобиологические препараты</p> <p>Отсутствуют</p>

	раты и реагенты	
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептик для обработки поля. Дезинфицирующее средство. Антисептик для обработки рук. Спирт 70 °
5.6	Прочий расходный материал	Стул, кресло, или кушетка для забора крови. Ватные и марлевые шарики стерильные. Патентованные салфетки. Очки. Маска. Халат. Перчатки не стерильные. Штатив для пробирок. Непромокаемый пакет. Ёмкость для дезинфекции. Пробирки
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм взятия крови из пальца</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лёжа. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Подготовить необходимое оснащение. 5. Надеть перчатки (не стерильные). <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Смочить ватный шарик в антисептике или вскрыть упаковку с салфеткой. 2. Одной рукой взять 4-ый палец свободной руки пациента, слегка помассировать его, зажав верхнюю фалангу пальца пациента указательным и большим пальцами. 3. Другой рукой обработать внутреннюю поверхность верхней фаланги пальца пациента антисептиком. 4. Поместить использованную салфетку в лоток. 5. После высыхания кожи взять скарификатор и сделать быстрым движением прокол кожи. 6. Поместить использованный скарификатор в лоток. 7. Вытереть первые капли крови сухой салфеткой. 8. Поместить использованную салфетку в лоток. 9. Самотёком, вакуумной системой или меланжером набрать необходи- 	

	<p>мое количество крови.</p> <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Прижать к месту прокола салфетку или ватный шарик с кожным антисептиком. Попросить пациента держать салфетку/ватный шарик у места инъекции 2 – 3 минуты. 2. Подвергнуть дезинфекции скарификатор и использованный материал. 3. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию или оформить направление. 6. Организовать доставку проб в лабораторию.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Отсутствуют</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Основной оценкой выполненной процедуры будет получение полного объёма крови, необходимого для исследований.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного действия. Письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) не обязательно, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствие осложнений – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения взятия крови из пальца. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 0,5.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствует</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

13. ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Код технологии	Название технологии
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования
1.1	<p>Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги</p> <p>1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело</p> <p>2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего профессионального образовательного учреждения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия 040400 Стоматология</p>
1.2	<p>Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу</p> <p>Отсутствуют</p>
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала
2.1	<p>Требование по безопасности труда при выполнении услуги</p> <p>До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры. Использование не прокальваемого контейнера для использованных игл.</p>
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные Транспортировка в условиях «скорой медицинской помощи»
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Диагностическое Лечебное

5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	<p>Манипуляционный столик Лоток почкообразный стерильный Лоток не стерильный Жгут венозный Пинцет анатомический стерильный Пинцет анатомический не стерильный Шприц инъекционный однократного применения 10,0 – 20,0 мл Система для внутривенного капельного вливания однократного применения Игла инъекционная/внутривенный катетер/игла «бабочка» Не прокалываемый контейнер для транспортировки использованных шприцев, непромокаемый пакет (в условиях «скорой медицинской помощи») Стойка-штатив для системы внутривенного капельного вливания</p>
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	По назначению врача
5.4	Продукты крови	По назначению врача
5.5	Лекарственные средства	<p>Антисептик для обработки поля. Дезинфицирующее средство. Раствор натрия хлорида – 5 мл Антисептик для обработки рук. Спирт 70 ° Аптечка первой медицинской помощи при анафилактическом шоке.</p>
5.6	Прочий расходуемый материал	<p>Жидкое мыло с дозатором Подушка клеёная Салфетка Перчатки не стерильные Перчатки стерильные Маска Салфетки марлевые стерильные Салфетки марлевые (ватные шарики) Бинт Лейкопластырь – 2-3 полоски самоклеющаяся полупроницаемая повязка для фиксации иглы/катетера в вене. Контейнер для дезинфекции</p>

		Кушетка. Стул. Ножницы
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Внутривенное введение лекарственных препаратов выполняется в периферические вены (вены локтевого сгиба, тыла кисти, запястий стопы), а также в центральные вены. Внутривенное введение лекарственных препаратов детям до одного года выполняется в височные вены головы. Внутривенное введение лекарственных препаратов детям до 1 года выполняется в вены свода черепа.</p> <p>Алгоритм внутривенного введения лекарственных средств (струйно)</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство. 2. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лёжа. Выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата (если у пациента приступ бронхиальной астмы, то удобное для него положение – «сидя», гипотензивные препараты следует вводить в положении «лёжа», т.к. при резком снижении давления может возникнуть головокружение или потеря сознания). 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Подготовить шприц. 5. Набрать лекарственный препарат в шприц, поместить его в стерильный лоток. 6. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой венопункции для избежания возможных осложнений. <p>При выполнении венопункции в область локтевой ямки – предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеёночную подушечку.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Наложить жгут (на рубашку или пелёнку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать её. <p>При выполнении венопункции в область локтевой ямки – наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяем на лучевой артерии.</p> <p>При наложении жгута женщине, не использовать руку на стороне мастэктомии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Надеть перчатки (не стерильные). <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обработать область венопункции не менее чем 2 салфетками/ватными шариками с кожным антисептиком, движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену. <p>Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных ша-</p>	

риков с антисептиком, сколько это необходимо. Патентованная салфетка используется одна независимо от степени загрязнения.

При выполнении внутривенного введения лекарственного препарата в условиях процедурного кабинета выбросить салфетку/ватный шарик в педальное ведро; при выполнении внутривенного введения лекарственного препарата в других условиях, поместить салфетку/ватный шарик в непромокаемый пакет.

2. Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху.
3. Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держать иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть её, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену, ощущается «попадание в пустоту».
4. Убедиться что игла в вене: потянуть поршень на себя, при этом в шприц должна поступить кровь.
5. Развязать/ослабить жгут и попросить пациента разжать кулак. Для контроля иглы в вене ещё раз потянуть поршень на себя, т.к. в момент ослабления жгута игла может выйти из вены.
6. Нажать на поршень, не меняя положения шприца, и медленно (в соответствии с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце незначительное количество раствора.

Количество миллилитров, оставляемых в шприце должно быть достаточным для безопасного введения (препятствие попаданию в вену пузырьков воздуха)

III. Окончание процедуры.

1. Прижать к месту инъекции салфетку или ватный шарик с кожным антисептиком. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку/ватный шарик у места инъекции 5 – 7 минут, прижимая большим пальцем второй руки или забинтовать место инъекции.

Время, которое пациент держит салфетку/ватный шарик у места инъекции (5-7 минут), рекомендуемое.

2. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.
3. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.
4. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции.
5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
6. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

Алгоритм внутривенного введения лекарственных средств (капельно с помощью системы для вливания инфузионных растворов).

I. Подготовка к процедуре.

1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую

процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство.

Если пациент(ка) в сознании и он(а) старше 15 лет; в других случаях – у законных представителей. В случае их отсутствия процедура, выполняется без получения информированного согласия.

2. Предложить пациенту опорожнить мочевой пузырь, учитывая длительность выполнения.
3. Предложить/помочь занять пациенту удобное положение, которое зависит от его состояния.
4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
5. Заполнить устройство для вливаний инфузионных растворов однократного применения и поместить его на штативе для инфузионных вливаний.
6. Доставить в палату манипуляционный столик, с размещённым на нём необходимым оснащением.
7. Обследовать/пропальпировать место предполагаемой венепункции для избежания возможных осложнений.

При выполнении венепункции в область локтевой ямки – предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеёчатую подушечку.

8. Наложить венозный жгут (на рубашку или пелёнку) в средней трети плеча так, чтобы при этом пульс на лучевой артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать её.

При выполнении венепункции в область локтевой ямки – наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяем на лучевой артерии.

При наложении жгута женщине, не использовать руку на стороне мастэктомии.

9. Надеть перчатки (не стерильные).

II. Выполнение процедуры.

1. Обработать область венепункции не менее чем 2 салфетками/ватными шариками с кожным антисептиком, движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену.

Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных шариков с антисептиком, сколько это необходимо. Патентованная салфетка используется одна независимо от степени загрязнения.

2. Фиксировать вену пальцем, натянув кожу над местом венепункции.
3. Пунктировать вену иглой с подсоединённой к ней системой; при появлении в канюле иглы крови – попросить пациента разжать кисть, одновременно развязать/ослабить жгут.

Все использованные салфетки/ватные шарики помещаются в непромокаемый пакет.

4. Открыть винтовой зажим, отрегулировать винтовым зажимом скорость капель (согласно назначению врача).
5. Закрепить иглу и систему лейкопластырем, прикрыть иглу стериль-

ной салфеткой, закрепить её лейкопластырем.

6. Снять перчатки, поместить их в непромокаемый пакет.
7. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
8. Наблюдать за состоянием пациента, его самочувствием на протяжении всей процедуры (в условиях оказания помощи в процессе транспортировки, продолжительность наблюдения определяется продолжительностью транспортировки).

III. Окончание процедуры.

1. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).
2. Надеть перчатки (не стерильные).
3. Закрывать винтовой зажим, извлечь иглу из вены, прижать место пункции на 5-7 минут салфеткой/ватным шариком с кожным антисептиком, прижимая большим пальцем второй руки или забинтовать место инъекции.
4. Убедиться, что наружного кровотечения в области венопункции нет.
5. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.
6. Снять перчатки.
7. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
8. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

Алгоритм внутривенного введения лекарственных препаратов, струйно и капельно, через катетер установленный в центральной вене

I. Подготовка к процедуре.

1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство.
2. Предложить/помочь занять пациенту удобное положение (сидя или лёжа). Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата и способа введения лекарственного препарата – струйно или капельно.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Собрать шприц и набрать в него лекарственный препарат, или заполнить устройство для вливаний инфузионных растворов однократного применения и разместить его на штативе для инфузионных вливаний.
5. Доставить в палату необходимое оснащение.
6. Надеть стерильные перчатки.

II. Выполнение процедуры.

1. Обложить место катетеризации стерильными салфетками.
2. Снять пробку (заглушку) и положить её на стерильную салфетку,

наружный вход катетера обработать стерильной салфеткой/марлевым шариком, смоченным антисептиком.

Если будет использоваться старая пробка, то её нужно обработать антисептиком и поместить в стерильную салфетку. Рекомендуется использовать новую заглушку.

3. Подключить шприц (без иглы) или систему для переливания инфузионных растворов.
4. Нажать на поршень и медленно (в соответствии с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце несколько миллилитров лекарственного препарата. При капельном способе введения лекарственного препарата проверить проходимость катетера, подсоединив к нему шприц с физиологическим раствором – 2 мл. Скорость введения зависит от назначения врача.

Количество раствора, оставляемого в шприце должно быть достаточным для обеспечения безопасного введения (препятствие попадания в вену пузырьков воздуха).

Если, при нажатии на поршень, лекарственный препарат не удаётся ввести с обычным усилием, следует прекратить процедуру и сообщить врачу, т.к. катетер подлежит замене.

При капельном способе введения лекарственных препаратов, после подсоединения системы, закрепить её, снять перчатки, поместить их в непромокаемый мешок, убедиться, что пациенту удобно, вымыть руки. Наблюдать за пациентом до окончания процедуры.

III. Окончание процедуры.

1. При струйном введении лекарственных препаратов – отсоединить шприц от катетера и закрыть катетер стерильной пробкой.
2. При капельном способе введения лекарственных препаратов – вымыть руки, надеть стерильные перчатки. Отсоединить систему для переливания инфузионных растворов от катетера, закрыть катетер стерильной пробкой.
3. Закрыть катетер стерильной салфеткой, закрепить её.
4. Если процедура проводилась в процедурном кабинете, то поместить использованное устройство для вливаний инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки/ватные шарики, пелёнку в ёмкость с дезинфицирующим раствором. Если процедура проводилась в палате, то поместить использованное устройство для вливаний инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки/ватные шарики, пелёнку в не прокалываемую ёмкость и транспортировать в процедурный кабинет.
5. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции.
6. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
7. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

Алгоритм внутривенного введения лекарственных препаратов, струйно и капельно, через катетер установленный в периферической вене

I. Подготовка к процедуре.

1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство.
2. Предложить/помочь занять пациенту удобное положение (сидя или лёжа). Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата и способа введения лекарственного препарата – струйно или капельно.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Собрать шприц и набрать в него лекарственный препарат, или заполнить устройство для вливаний инфузионных растворов однократного применения и разместить его на штативе для инфузионных вливаний.
5. Доставить в палату необходимое оснащение.
6. Надеть перчатки (не стерильные).

II. Выполнение процедуры.

1. Снять пробку и положить её на стерильную салфетку, наружный вход катетера обработать стерильной салфеткой/ватным шариком, смоченным антисептиком.
2. Подключить шприц (без иглы) или систему для переливания инфузионных растворов.
3. Нажать на поршень и медленно (в соответствии с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце несколько миллилитров лекарственного препарата. При капельном способе введения лекарственного препарата проверить проходимость катетера, подсоединив к нему шприц с физиологическим раствором – 2 мл. Скорость введения зависит от назначения врача.

Количество раствора, оставляемого в шприце должно быть достаточным для обеспечения безопасного введения (препятствие попадания в вену пузырьков воздуха).

Если, при нажатии на поршень, лекарственный препарат не удаётся ввести с обычным усилием, следует прекратить процедуру и сообщить врачу, т.к. катетер подлежит замене.

При капельном способе введения лекарственных препаратов, после подсоединения системы, закрепить её, снять перчатки, поместить их в непромокаемый мешок, убедиться, что пациенту удобно, вымыть руки.

	<p>Наблюдать за пациентом до окончания процедуры.</p> <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При струйном введении лекарственных препаратов – отсоединить шприц от катетера и закрыть катетер стерильной пробкой. 2. При капельном способе введения лекарственных препаратов – вымыть руки, надеть стерильные перчатки. Отсоединить систему для переливания инфузионных растворов от катетера, закрыть катетер стерильной пробкой. 3. Закрыть катетер стерильной салфеткой, закрепить её. 4. Если процедура проводилась в процедурном кабинете, то поместить использованное устройство для вливаний инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки/ватные шарики, в ёмкость с дезинфицирующим раствором. Если процедура проводилась в палате, то поместить использованное устройство для вливаний инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки/ватные шарики, в не прокалываемую ёмкость и транспортировать в процедурный кабинет. 5. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции. 6. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 7. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
<p>7.</p>	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>При выполнении технологии простой медицинской услуги «Внутривенное введение лекарственных препаратов» следует учитывать возрастные особенности венозной системы, а также условия выполнения процедуры.</p> <p>Особенностью выполнения методики у пациентов пожилого и старческого возраста является пунктирование вены при очень слабом сдавлении конечности жгутом для избежания травмы (гематома, скальпированная рана, скарификация кожи) и/или спонтанного разрыва вены, так как у данной категории пациентов тонкая кожа, достаточно хрупкие и ломкие сосуды.</p> <p>Новорождённым, детям раннего и младшего возраста технология простой медицинской услуги «Внутривенное введение лекарственных препаратов» выполняется в височные вены головы, плечевую вену.</p> <p>В условиях транспортировки и оказания скорой медицинской помощи специализированной службой мытьё рук (из-за невозможности в условиях транспортировки) заменяется на надевание перчаток и их обработку антисептиком.</p> <p>При сборке шприцов, наборе лекарственного препарата в шприц, заполнении системы для капельных вливаний, при использовании катетера, находящегося в центральной вене используются стерильные перчатки и стерильная маска.</p>
<p>8.</p>	<p>Достижимые результаты и их оценка</p>

	<p>Назначенное врачом лекарственное средство введено в вену с помощью шприца (струйно).</p> <p>Пациенту введён необходимый объём жидкости с помощью системы для вливания инфузионных растворов (капельно).</p> <p>Достигнут терапевтический эффект при отсутствии осложнений.</p> <p>Простая медицинская услуга проведена с минимальным дискомфортом для пациента.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного действия. Письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на внутривенное введение лекарственных средств необходимо, так как данное действие является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствие постинъекционных осложнений – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения введения внутривенно лекарственных средств. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ врача – 1,5.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 5,0.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствует</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

14. ВЗЯТИЕ КРОВИ ИЗ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ВЕНЫ

Код технологии		Название технологии
A11.12.009		Взятие крови из периферической вены
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 040 Лабораторное дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры. Использование не прокальваемого контейнера для использованных игл.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Диагностическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Манипуляционный столик Меланжеры Вакуумная система для забора крови Шприц инъекционный одноразового применения 10,0 – 20,0 мл
5.2	Реактивы	В зависимости от исследования и методики
5.3	Иммунобиологические препараты	Отсутствуют

	раты и реагенты	
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептик для обработки поля. Дезинфицирующее средство. Антисептик для обработки рук. Спирт 70 ° Аптечка первой медицинской помощи
5.6	Прочий расходный материал	Стул, кресло, или кушетка для забора крови. Ватные и марлевые шарики стерильные. Жгут венозный. Клеёная подушка. Патентованные салфетки. Очки. Маска. Халат. Перчатки. Штатив для пробирок. Непромокаемый пакет. Ёмкость для дезинфекции. Пробирки. Не прокалываемый контейнер для дезинфекции.
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм взятия крови из периферической вены</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру взятия крови. 2. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лёжа. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Подготовить необходимое оснащение. 5. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой венопункции для избежания возможных осложнений. <p>При выполнении венопункции в область локтевой ямки – предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеёную подушечку.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Надеть перчатки (не стерильные). 7. Наложить жгут (на рубашку или пелёнку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать её. <p>При выполнении венопункции в область локтевой ямки – наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяем на лучевой артерии.</p> <p>При наложении жгута женщине, не использовать руку на стороне маст-</p>	

эктомии.

II. Выполнение процедуры.

1. Обработать область венепункции не менее чем 2 салфетками/ватными шариками с кожным антисептиком, движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену.

Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных шариков с антисептиком, сколько это необходимо. Патентованная салфетка используется одна независимо от степени загрязнения.

2. Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху.

3. Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держать иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть её, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену, ощущается «попадание в пустоту».

4. Убедиться, что игла в вене: потянуть поршень на себя, при этом в шприц должна поступить кровь. Потянуть поршень на себя. Когда из канюли иглы покажется кровь, набрать необходимое количество крови.

5. Развязать жгут, попросить пациента разжать кулак.

III. Окончание процедуры.

1. Прижать к месту прокола салфетку или ватный шарик с кожным антисептиком. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку/ватный шарик у места инъекции 5 – 7 минут, прижимая большим пальцем второй руки или забинтовать место инъекции. Время которое пациент держит салфетку/ватный шарик у места инъекции (5 – 7 минут), рекомендуемое.

2. Кровь аккуратно медленно по стеночке перелить в пробирку.

3. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.

4. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.

5. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции.

6. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

7. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию или оформить направление.

8. Организовать доставку проб в лабораторию.

7. **Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики**

При взятии крови из периферической вены на исследования с использованием различных реагентов, соблюдать последовательность:

Основное правило: вначале проводится взятие крови без антикоагулянтов, затем в пробирки с антикоагулянтами во избежание загрязнения ими.

По порядку забирается:

1. кровь для микробиологических исследований

2. нативная кровь без антикоагулянтов для получения сыворотки

	<p>(биохимия) вакутейнерами с гелем или ускорителями свёртывания (гранулятом)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. цитратная кровь для коагологических исследований 4. кровь с ЭДТУК (ЭДТА, КЗА) для гематологических исследований 5. кровь с ингибиторами гликолиза (фториды) для исследования глюкозы 6. кровь с литиевым гепарином (ЛН) для газов и электролитов. <p>Сыворотка и плазма должны быть свободны от гемолиза.</p> <p>Помните, что чрезмерно длительный стаз (1 мин) способен вызвать изменения концентрации белков от 5 % до 15 % газов крови, электролитов (К, СА), билирубина, показателей коагулограммы.</p> <p>При слишком быстром всасывании крови в шприц вызывается частичный гемолиз как и использование игл слишком большого диаметра (завихрение в токе крови).</p> <p>Применение закрытых резиновыми мембранами вакуумных пробирок со специальными обоюдоострыми иглами заметно убыстряют процесс сбора крови.</p> <p>Взятие крови из центрального венозного катетера должен осуществляться до проведения диагностических процедур, инфузий, переливания крови, растворов, пункций, инъекций, биопсий, пальпаций, эндоскопий, диализа.</p> <p>Удалите кровь в тройном объёме равному объёму мёртвого пространства системы катетера (3x 1x длину катетера) – забирают отдельно в шприц (при не выполнении этих правил снижается достоверность анализа за счёт разбавления крови). При введении через катетер гепарина (для промывания или с лечебной целью) забирать кровь на коагулограмму нельзя.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Основной оценкой выполненной процедуры будет получение полного объёма крови, необходимого для исследований.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного действия. Письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) не обязательно, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствие постинъекционных осложнений – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения взятия крови. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в меди-

	<p>цинской документации.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги. – Пробы своевременно доставлены в лабораторию.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 0,5.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствует</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

15. УДАЛЕНИЕ КОПРОЛИТА

Код технологии		Название технологии
A14.19.004		Удаление копролита
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Младший медперсонал лечебного учреждения в сопровождении среднего медицинского работника по специальности: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные Санаторно-курортные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Подкладное судно

5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Дезинфицирующее средство. Антисептик для обработки рук. Глицерин или другое средство для смазки, растворимое в воде – 100 мл.
5.6	Прочий расходный материал	Перчатки не стерильные Ширма Клеёнка Пелёнка Ёмкость с тёплой водой Мыло Салфетки Полотенце Простыня
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм выполнения удаления копролита</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры; предупредить, что проведение процедуры может вызвать определённый дискомфорт. Отгородить пациента ширмой. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Помочь занять удобное положение на бок (как ему удобно) с согнутыми коленями. 4. Укрыть пациента таким образом, чтобы были открыты только ягодичы. 5. Положить пелёнку под ягодичы, а подкладное судно – рядом на кровать. 6. Надеть перчатки: одну на вспомогательную руку, две – на рабочую руку. 7. Густо смазать два пальца рабочей руки в перчатке. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Аккуратно развести в стороны ягодичы пациента при помощи вспомогательной руки. 2. Попросить пациента медленно и глубоко дышать через рот. 3. Ввести указательный палец в прямую кишку (по направлению к пупку) до тех пор, пока не прощупаются фекальные массы. 4. Аккуратно извлечь затвердевший стул, разделив его на фрагменты, до полного удаления копролита; по мере удаления помещать копролит в подкладное судно. 5. По мере удаления копролита необходимо следить за реакцией паци- 	

	<p>ента; при подозрении на возникновение отрицательных реакций или неестественного дискомфорта процедуру удаления копролита прекратить.</p> <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Извлечь палец, снять верхние перчатки, вытереть излишки смазки из области промежности салфеткой, затем отпустить ягодичы, укрыть пациента простынёй. 2. Опорожнить подкладное судно, поместить перчатки в ёмкость для дезинфекции. Вымыть руки с использованием мыла или антисептика. 3. Надеть новую пару перчаток. 4. Подмыть пациента. 5. Помочь пациенту удобно лечь. 6. Положить подкладное судно в пределах досягаемости. 7. Снять перчатки и поместить их в ёмкость для дезинфекции. 8. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 9. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Перед началом проведения процедуры необходимо измерить артериальное давление, частоту и ритм пульса.</p> <p>Для удаления копролита у маленьких детей необходимо использовать мизинец рабочей руки.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>У пациента восстанавливается нормальный режим опорожнения кишечника в течение 24 часов;</p> <p>Пациент говорит об облегчении боли в течение 1 часа.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного действия. Письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) не обязательно, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>

	<p>Коэффициент УЕТ врача – 6,0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 9,0.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствует</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

16. СПРИНЦЕВАНИЕ ВЛАГАЛИЩА

Код технологии		Название технологии
A14.20.001		СПРИНЦЕВАНИЕ ВЛАГАЛИЩА
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные Санаторно-курортные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Кресло гинекологическое. Корнцанг. Пинцет. Штатив для подвешивания кружки

		Эсмарха. Кружка Эсмарха. Стерильный влагалищный наконечник
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептический раствор по назначению врача для спринцевания. Антисептик для обработки рук. Дезинфицирующее средство.
5.6	Прочий расходный материал	Не стерильные перчатки. Стерильные ватные шарики. Стерильные подкладные пелёнки. Ёмкость для воды. Клеёнка.
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм спринцевания влагалища</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Объяснить пациентке цель и ход процедуры. Получить её согласие. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. В кружку Эсмарха налить назначенный раствор в количестве – 1,5-2 литра. 4. Присоединить к трубке стерильный влагалищный наконечник. 5. Заполнить систему и перекрыть её зажимом (краном). 6. Повесить кружку на штатив высотой 70-100 см над поверхностью гинекологического кресла. 7. Надеть одноразовые (не стерильные) перчатки. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Положить на кресло клеёнку, пелёнку. 2. Помочь расположиться пациентке в гинекологическом кресле. 3. Подставить ёмкость для сбора воды на подставку гинекологического кресла. 4. Одной рукой взять наконечник, другой рукой снять зажим с кружки Эсмарха и обмыть наружные половые органы раствором при помощи стерильного шарика, зажато в корнцанг. 5. Перекрыть поступление воды с помощью зажима (крана). 6.левой рукой развести половые губы. 7. Ввести наконечник во влагалище до свода. 8. Снять зажим (открыть кран). Предоставить раствору возможность свободно вытекать из кружки через наконечник во влагалище и свободно вытекать в подставленную ёмкость для воды. 	

	<p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Извлечь наконечник по окончании процедуры и замочить его в дезинфицирующем растворе. 2. Осушить преддверие влагалища сухим ватным шариком. 3. Выдать пациентке стерильную подкладную пелёнку для адсорбции выделяющейся влаги. 4. Утилизировать расходный материал. 5. Снять и поместить перчатки в ёмкость для дезинфекции. 6. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 7. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>В случае выполнения спринцевания раствором температуры 38-39 градусов, по окончании процедуры наружные половые органы следует смазать вазелином.</p> <p>При использовании лекарственных растворов, попросить пациентку в течение 15-20 минут сохранять горизонтальное положение.</p> <p>Спринцевание влагалища противопоказано во второй половине беременности, в раннем послеродовом периоде при травмах половых органов; с осторожностью (под малым давлением) проводится в послеоперационном периоде, после гинекологических операций.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Путём механического промывания достигается очищение влагалища; местное воздействие лекарственных веществ на слизистую оболочку влагалища используется в терапевтических целях.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациентка информируется о ходе процедуры, ощущениях во время процедуры, ожидаемом терапевтическом эффекте. Медицинский работник должен информировать пациентку о том, что при спринцевании влагалища происходит механическое вымывание палочки молочнокислого брожения, что в некоторой степени изменяет нормальную микрофлору влагалища.</p> <p>Письменного информированного согласия на проведение процедуры не требуется.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациентки качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой ме-</p>

	дицинской услуги Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,5.
12.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
13.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствует

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

17. ПОСОБИЕ ПРИ МОЧЕИСПУСКАНИИ ТЯЖЕЛОГО БОЛЬНОГО

Код технологии		Название технологии
A14.28.001		Пособие при мочеиспускании тяжело-го больного
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Младший медицинский персонал лечебного учреждения в сопровождении среднего медицинского работника указанных выше специальностей.
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Подкладное судно (для женщин) или мочеприёмник (для мужчин) Лоток
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют

5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептик для обработки рук. Дезинфицирующее средство.
5.6	Прочий расходный материал	Не стерильные перчатки – 2 пары (для одного медицинского работника, выполняющего процедуру) Клеёнка Чистые салфетки Ширма Мыло Ёмкость с тёплой водой
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм выполнения простой медицинской услуги</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить ему цели и ход процедуры. 2. Отгородить пациента ширмой (при необходимости). 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки. 4. Ополоснуть судно и оставить в нём немного тёплой воды. Убедиться что поверхность судна, соприкасающаяся с кожей, сухая. 5. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Встать с обеих сторон кровати: медицинский работник помогает пациентке слегка повернуться набок, лицом к ней, придерживает рукой за плечи и таз; помощник (вторая медсестра/младший медицинский персонал/родственник пациента) – подкладывает и расправляет клеёнку под ягодицами. 2. Под ягодицы пациентки подвести судно и помочь ей повернуться на спину так, чтобы её промежность оказалась на судне. Для пациента мужчины поставить мочеприёмник между ногами и опустить в него половой член (если пациент не может этого сделать самостоятельно) 3. Медицинский работник поворачивает пациентку набок и придерживает её за плечи и таз; помощник – убирает судно (мочеприёмник у мужчины) и укрывает спину пациента. 4. Подмыть его (её). Тщательно осушить промежность. 5. Убрать клеёнку. 6. Осмотреть выделенную мочу, измерить её количество. <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Снять перчатки и поместить их в ёмкость для использованного материала. 2. Обеспечить пациенту возможность вымыть руки или протереть их антисептическим раствором. 	

	<p>3. Укрыть пациента одеялом, придать ему удобное положение.</p> <p>4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Помощь пациенту в использовании судна должны оказывать два медицинских работника или необходимо прибегнуть к помощи родственника пациента.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Пациент чувствует себя комфортно.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) не обязательно, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ врача – 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 2,0.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствует</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

18. КОРМЛЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ РОТ И НАЗОГАСТРАЛЬНЫЙ ЗОНД

Код технологии		Название технологии
A14.31.004		Кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Фонендоскоп Система для непрерывного режима зондового кормления Шприц объёмом 20-50 мл. Зажим
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют

5.5	Лекарственные средства	Изотонический раствор хлорида натрия – 60 мл. Антисептик для обработки рук. Дезинфицирующее средство.
5.6	Прочий расходуемый материал	Не стерильные перчатки Салфетка Лейкопластырь Воронка. Часы. Мыло. Комплект столовой посуды, в соответствии с выбранным режимом кормления.
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Алгоритм кормления тяжелобольного через рот и назогастральный зонд.</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту (если пациент в сознании), проинформировать о предстоящем кормлении, составе и объёме пищи, методе кормления. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки (если кормление будет осуществляться через назогастральный зонд). 3. Подготовить питательный раствор; подогреть его до температуры 30-35 °С. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. При кормлении пациента через рот: <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Помочь пациенту занять полусидячее положение в постели, или положение, сидя с опущенными ногами, или помочь пересесть на стул. 4.2 Помочь пациенту вымыть руки, причесаться, поправить одежду. 4.3 Укрыть грудь пациента салфеткой. 4.4 При наличии у пациента съёмных зубных протезов помочь пациенту установить их. 4.5 Придвинуть прикроватный столик к кровати пациента, сервировать стол. 4.6 Расположить тарелки с пищей в соответствии с пожеланиями пациента. При нарушении моторики подложить под тарелки нескользящие салфетки. При нарушении координации использовать посуду с защитным бортиком или иную посуду, рекомендованную специалистом по восстановительной медицине. 4.7 Предложить пациенту воспользоваться столовым прибором, в том числе специальной посудой для пациентов с нарушенными моторными функциями. 4.8 Если пациент готов есть самостоятельно. <ol style="list-style-type: none"> 4.8.1. При необходимости использовать вспомогательные приспособления. 	

собления для предплечья, облегчающие подъём руки до уровня рта (например, подвижные подставки для предплечья; поддерживающие ремни, одеваемые через голову); протезные или ортопедические приспособления.

4.8.2. Наблюдать за процессом питания; эффективностью пережёвывания и глотания.

4.8.3. По мере необходимости заменять тарелки.

4.8.4. По окончании процедуры помочь пациенту прополоскать рот и занять удобное положение в постели.

4.9 Если пациент нуждается в активном кормлении:

4.9.1. Приподнять головной конец кровати.

4.9.2. Убедиться что пища, приготовленная для пациента, имеет однородную консистенцию.

4.9.3. Придвинуть прикроватный столик к кровати пациента, сервировать стол.

4.9.4. Одной рукой приподнять голову пациента; другой поднести ложку ко рту пациента (при гемипарезе пища подносится со здоровой стороны).

4.9.5. Поддерживать голову пациента в процессе жевания и глотания.

4.9.6. Поить пациента по требованию или через каждые 3-5 ложек пищи. Жидкость даётся с помощью ложки или поильника.

4.9.7. По окончании кормления помочь пациенту прополоскать рот или обработать ротовую полость по протоколу 14.07.002 «Уход за полостью рта тяжелобольного».

4.9.8. Придать пациенту полусидячее положение на 30 минут после окончания еды.

5. При кормлении пациента через назогастральный зонд:

5.1 Определить предписанный пациенту режим кормления – непрерывный или перемежающийся (фракционный).

5.2 Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).

5.3 Поднять головной конец кровати на 30-45 градусов.

5.4 Проверить правильность положения зонда:

5.4.1. Присоединить шприц объёмом 20 см³ к дистальному участку зонда и аспирировать содержимое желудка.

5.4.1.1. оценить характер содержимого – при появлении признаков кровотечения прекратить процедуру.

5.4.1.2. при выявлении признаков нарушения эвакуации желудочного содержимого – прекратить кормление.

5.4.2. Присоединить к дистальному участку зонда шприц, заполненный 20 см³ воздуха и ввести воздух внутрь, одновременно аускультуруя область эпигастрия.

5.5 Осмотреть кожу и слизистые оболочки носовых ходов, исключить признаки инфицирования и трофических нарушений, связанных с постановкой назогастрального зонда.

- 5.6 Проверить качество фиксации зонда, при необходимости заменить пластырную повязку.
- 5.7 При непрерывном режиме зондового кормления:
- 5.7.1. Промыть ёмкость для питательной смеси и соединительную канюлю.
 - 5.7.2. Заполнить ёмкость предписанной питательной смесью.
 - 5.7.3. Присоединить канюлю к дистальному участку назогастрального зонда или приёмному штуцеру инфузионного насоса.
 - 5.7.4. Установить требующуюся скорость введения раствора с помощью дозатора канюли или блока управления насоса.
 - 5.7.5. Контролировать скорость введения раствора и объём введённой смеси каждый час.
 - 5.7.6. Каждый час аускультировать перистальтические шумы во всех квадрантах живота.
 - 5.7.7. Каждые 3 часа проверять остаточный объём желудочного содержимого. При превышении объёма показателя, указанного в назначении, - прервать кормление.
 - 5.7.8. По окончании процедуры – промыть зонд 20-30 мл. физиологического раствора или другого раствора в соответствии с предписанной схемой.
- 5.8 При перемежающемся (фракционном) режиме зондового кормления:
- 5.8.1. Подготовить предписанный объём питательной смеси; перелить его в чистую посуду.
 - 5.8.2. Заполнить шприц объёмом 20-50 мл или воронку питательным раствором.
 - 5.8.3. Ввести активно медленно (с помощью шприца) или пассивно (с помощью воронки) предписанный объём питательной смеси в желудок пациента. Введение производить дробно, порциями по 20-30 мл, с интервалами между порциями – 1-3 минуты.
 - 5.8.4. После введения каждой порции, пережимать дистальный участок зонда, препятствуя его опустошению.
 - 5.8.5. По окончании кормления ввести предписанным назначением объём воды. Если введение жидкости не предусмотрено, промыть зонд 30 мл физиологического раствора.

III. Окончание процедуры.

6. Аускультировать перистальтические шумы во всех квадрантах живота.
7. Обработать ротовую полость, вытереть лицо пациента от загрязнений.
8. Подвергнуть дезинфекции использованный материал.
9. Снять перчатки, обработать руки гигиеническим способом, осушить.
10. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в меди-

	цинской документации.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>При использовании для зондового питания инфузионных насосов настройка и порядок работы с последними определяются инструкцией к аппарату.</p> <p>Используемый инвентарь в части видов посуды и ортопедических (протезных приспособлений) может варьироваться в соответствии с назначениями специалиста по восстановительной медицине.</p> <p>Недоношенным детям, выхаживаемым в кювезе, а также травмированным вертикальное положение не придаётся.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Пациент получает достаточное количество сбалансированного питания с учётом рекомендаций лечащего врача.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о характере, продолжительности, эффективности искусственного питания. Письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) не обязательно, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствуют признаки инфицирования и трофических нарушений по ходу назогастрального зонда, аспирацией пищей. – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 2,0.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствует</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

19. ПРИГОТОВЛЕНИЕ И СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОМУ

Код технологии		Название технологии
A14.31.005		Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры. При выполнении данной услуги может использоваться помощник – вторая медицинская сестра/младший медперсонал/родственник.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Профилактика	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют

5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептик для обработки рук. Дезинфицирующее средство.
5.6	Прочий расходный материал	Ветошь. Комплект чистого белья. Мешок для грязного белья. Пелёнка. Перчатки не стерильные. Ёмкость для дезинфекции.
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Алгоритм подготовки и смены постельного белья тяжелобольному</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Объяснить цель и ход процедуры пациенту (если это возможно), получить его согласие. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Приготовить комплект чистого белья (простыни, наволочка, пододеяльник), убедиться, что в кровати нет личных вещей больного. 4. Надеть перчатки. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента. 2. Осторожно вынуть подушку из-под головы пациента и сменить наволочку. Грязную наволочку поместить в мешок для белья. Осторожно поместить подушку обратно. 3. Снять пододеяльник, убрать одеяло и накрыть пациента пододеяльником на время смены белья. 4. Повернуть пациента набок по направлению к себе. 5. Скатать валиком грязную простыню, подложить этот валик под спину пациенту. Если бельё сильно загрязнено, положить на валик пелёнку. 6. Положить сложенную вдвое чистую простыню на свободную сторону постели, заправить её под матрас с противоположной от больного стороны. 7. Помочь больному перекатиться через валик на чистую сторону. 8. Скатать грязную простыню и положить её в мешок для белья. 9. Расправить чистую простыню и заправить её под матрас с другой стороны постели. 10. Надеть чистый пододеяльник на одеяло. Накрыть пациента одеялом, извлекая грязный пододеяльник, которым он был укрыт. 11. Поместить грязный пододеяльник в мешок для белья. <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Удобно расположить пациента в постели. 2. Снять перчатки и поместить их в ёмкость для дезинфекции. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 	

	4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок.</p> <p>Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1-2 помощниками. При этом головной конец и таз пациента держатся «на весу» и грязная простыня скатывается под ним сверху вниз.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Пациент лежит на чистом белье.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного действия. Письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на смену постельного белья не требуется, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ врача – 1,0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 3,0.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствует</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

20. ПОСОБИЕ ПО СМЕНЕ БЕЛЬЯ И ОДЕЖДЫ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОМУ

Код технологии		Название технологии
A14.31.006		Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры. При выполнении данной услуги может использоваться помощник – вторая медицинская сестра/младший медперсонал/родственник.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Профилактика	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют

5.5	Лекарственные средства	Антисептический раствор – 2 разовых дозы
5.6	Прочий расходный материал	Ветошь. Комплект чистого нательного белья. Комплект одежды. Мешок для грязного белья. Простыня. Перчатки не стерильные. Ёмкость для дезинфекции. Непромокаемый мешок для грязного белья.
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм смены белья и одежды тяжелобольному</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Объяснить пациенту цель и ход процедуры, получить его согласие. 2. Приготовить комплект чистого нательного белья и одежды. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Надеть перчатки. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента. 2. Помочь пациенту сесть на край кровати. 3. Помочь пациенту снять рубашку (платье). Если одна рука повреждена или производится инфузия, надо начать с другой руки. Осторожно проносить рукав над повреждённой рукой (иглой, катетером). При внутривенном вливании флакон с раствором снимается со штатива и проносится через рукав. 4. Помочь пациенту снять нижнюю рубашку (майку, бюстгальтер). 5. Укрыть пациента простынёй. 6. Помочь больному надеть чистую рубашку (ночную рубашку, пижамную куртку) сначала на повреждённую конечность. При внутривенном вливании поступить с флаконом, как в п. 3. 7. Помочь пациенту снять носки. 8. Помочь пациенту лечь в постель, поправить простыню. 9. Помочь пациенту снять брюки, нижнее бельё. 10. Помочь пациенту надеть чистое бельё, носки и брюки. <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поместить грязную одежду в мешок для белья. 2. Протереть стул или тумбочку, где располагалось грязное бельё и одежда, влажной ветошью. 3. Снять перчатки и поместить их в ёмкость для дезинфекции. 4. Удобно расположить пациента в постели, накрыть одеялом. 5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 	

	6. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>В ходе смены нательного белья и одежды не стоит обнажать больного (нужно прикрывать его простынёй). Следует обеспечивать его безопасность (страховка от падения). Необходимо поощрять пациента активно участвовать в процедуре, разговаривать с ним (поддержание личного достоинства, восполнение потребности в общении).</p> <p>Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1-2 помощниками. При этом один помощник осторожно поднимает голову и плечи пациента, а медицинская сестра одна или со вторым помощником снимает рубашку через голову, затем с рук пациента и надевает ему чистую рубашку в обратном порядке.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Пациент одет в чистое бельё.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного действия. Письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на смену белья не требуется, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,0.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствует</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

21. УХОД ЗА ПРОМЕЖНОСТЬЮ И НАРУЖНЫМИ ПОЛОВЫМИ ОРГАНАМИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ

Код технологии		Название технологии
A14.31.007		Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Младшая медицинская сестра
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Судно Зажим (или пинцет)
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют

5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство
5.6	Прочий расходный материал	Не стерильные перчатки Клеёнка Салфетки марлевые (тампоны) Мыло Фартук клеёнчатый. Ёмкость для воды. Мыльный раствор. Водный термометр. Ширма (если процедура выполняется в общей палате) Контейнер для дезинфекции
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм выполнения манипуляции</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры. 2. Отгородить пациента ширмой (при необходимости). 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Налить в ёмкость тёплую воду (35-37°). 5. Надеть клеёнчатый фартук, перчатки. 6. Положить пациента на спину, по возможности согнуть ноги в коленях и слегка развести в тазобедренных суставах. Подложить под пациента клеёнку. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <p style="text-align: center;">Выполнение процедуры женщине</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подставить под крестец пациентки судно. 2. Встать сбоку от пациентки, в одну руку взять ёмкость с тёплой водой, в другую руку зажим с марлевым тампоном (салфеткой). 3. Поливать из ёмкости на половые органы женщины. Последовательно обработать наружные половые органы в направлении к анальному отверстию: область лобка, наружные (большие) половые губы, паховые складки, промежность, область анального отверстия, межягодичную складку. Салфетки менять по мере загрязнения. 4. Просушить марлевыми салфетками (тампонами) в той же последовательности. 5. Использованные марлевые салфетки поместить в контейнер для дезинфекции. <p>Уход за наружными половыми органами и промежностью у мужчин</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставить судно. 2. Встать сбоку от пациента, смочить салфетку (варежку) водой. 	

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Аккуратно отодвинуть пальцами левой руки крайнюю плоть, обнажить головку полового члена. 4. Обработать головку полового члена, кожу полового члена, мошонку, паховые складки, область заднего прохода, межягодичную складку. Менять салфетки по мере загрязнения. 5. Просушить в той же последовательности. 6. Убрать салфетки в контейнер для дезинфекции. <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Убрать судно, клеёнку. 2. Уложить пациента(ку) удобно, накрыть его (её) простынёй, одеялом. 3. Подвергнуть использованный материал, в том числе и перчатки дезинфекции. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Процедура выполняется тяжелобольным пациентам, находящимся на строгом постельном и постельном режиме.</p> <p>Подмывание проводится 2 раза в сутки, а также после каждого акта дефекации у всех больных, у женщин после каждого мочеиспускания.</p> <p>Естественные складки у тучных людей обрабатывать при увлажнении – присыпкой, при сухости кожи пользоваться увлажняющим кремом.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Кожа промежности и наружных половых органов чистая.</p> <p>Опрелостей нет.</p> <p>Пациент (родственники) удовлетворены качеством получаемой услуги.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он находится в сознании). Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного действия. Письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной меди-

	<p>цинской услуги. – Отсутствие осложнений во время и после процедуры.</p>
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 2,0.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствует</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

22. УХОД ЗА ПУПОЧНОЙ РАНКОЙ НОВОРОЖДЁННОГО

Код технологии		Название технологии
A14.31.008		Уход за пупочной ранкой новорождённого.
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Стерильная пипетка Стерильный пинцет Лоток
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для обработки рук.

		Дезинфицирующее средство 3 % раствор перекиси водорода – 50 мл. 70 % этиловый спирт – 10 мл. 1 % раствор калия перманганата – 5 мл. 2 % раствор борной кислоты
5.6	Прочий расходуемый материал	Стерильные ватные палочки Мыло Стерильные ватные шарики Не стерильные перчатки Стерильные перчатки Ветошь Ёмкость с дезинфицирующим раствором Стерильный халат Стерильные салфетки марлевые
6.	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Алгоритм ухода за пупочной ранкой новорождённого I. Подготовка к процедуре. 1. Представиться маме (или другим родственникам новорождённого), объяснить цель и ход предстоящей процедуры. 2. Подготовить необходимое оснащение. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки. 4. Распеленать ребёнка в кроватке (или на «не стерильном» пеленальном столе). Внутреннюю пелёнку развернуть, не касаясь кожи ребёнка руками. II. Выполнение процедуры. 1. Хорошо растянуть края пупочной ранки указательным и большим пальцами левой руки. 2. С помощью пипетки или ватного тампона, взятого пинцетом, обильно покрыть пупочную ранку 3 % раствором перекиси водорода. 3. Через 20-30 с просушить ранку, тушируя её сухим стерильным ватным шариком с помощью пинцета. Шарики/тампоны поместить в лоток. 4. Обработать ранку и кожу вокруг пинцетом с ватным тампоном, смоченным 70 % этиловым спиртом (движением изнутри наружу). 5. Другим ватным тампоном, смоченным в 1 % растворе калия перманганата, обработать только ранку, не касаясь кожи. III. Окончание процедуры. 1. Использованные материалы и перчатки подвергнуть дезинфекции. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.	

	<p>3. Запеленать ребёнка.</p> <p>4. Рабочую поверхность столика обработать дезинфектантом.</p> <p>5. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Обязательное условие: при обработке пупочной ранки обязательно растягивать её края (даже при образовавшейся корочке)</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Отсутствие видимых изменений (раздражений) со стороны пупочной ранки новорождённого.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Мать (законные представители) новорождённого должна быть информирована о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ей медицинским работником, включает сведения о цели и ходе данной процедуры. Письменное подтверждение согласия матери или других родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги. – Отсутствие осложнений во время и после процедуры.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ врача – 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 2,0.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствует</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

23. УХОД ЗА ДРЕНАЖОМ

Код технологии		Название технологии
A14.31.010		Уход за дренажом
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Стол перевязочный (при выполнении манипуляции в положении лёжа) Фонендоскоп Система для дренирования грудной клетки.

		<p>Аппарат для отсоса (монтируемый на стену или портативный).</p> <p>Мини- спайк (фильтр пробка) для флакона.</p> <p>Пластырь шириной 5 см.</p> <p>Ёмкость для сбора извлекаемой жидкости (аппарат Боброва, одноразовый контейнер, система по Бюлау).</p> <p>Зажим</p> <p>Пинцет</p> <p>Стерильные ножницы</p> <p>Стерильный шпатель</p> <p>Лоток 1 шт.</p> <p>Ёмкость для использованного инструмента.</p> <p>Ёмкость для использованного материала.</p> <p>Патентованная клеевая повязка.</p>
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	<p>Антисептик для промывания дренажа.</p> <p>Антисептическое средство для обработки рук.</p> <p>Дезинфицирующее средство</p> <p>Перекись водорода – 3 %</p> <p>70° этиловый спирт – 5 мл.</p> <p>стерильный физиологический раствор 0,9 % - 500 мл.</p> <p>стерильный гипертонический раствор.</p> <p>Повидон-йод.</p> <p>Спирт 70 %</p>
5.6	Прочий расходный материал	<p>Перчатки не стерильные.</p> <p>Пластырь шириной 5 см.</p> <p>Стерильные перчатки.</p> <p>Салфетки стерильные.</p> <p>Бинт.</p> <p>Фартук.</p> <p>Маска.</p> <p>Мыло.</p> <p>Полотенце.</p> <p>Секундомер или часы с секундомером</p> <p>Шпатель</p> <p>Стул (при выполнении манипуляции в</p>

		положении сидя) Ёмкость для дезинфекции
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм ухода за дренажом <i>Плевральный дренаж</i></p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Объяснить пациенту цель и ход процедуры. Получить информированное согласие. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Подготовить необходимое оснащение и оборудование. 4. Открыть ёмкость с физиологическим раствором или с дистиллированной водой. 5. Развернуть систему дренирования (стерильные резиновые трубки с контрольным стеклом). <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Налить раствор антисептика в ёмкости для сбора содержимого плевральной полости: при использовании системы дренирования по Бюлау (объём раствора указан в назначении врача или до линии обозначенной на ёмкости). 2. Надеть перчатки и присоединить свободный конец трубчатого дренажа, выходящий из плевральной полости к системе для проведения дренирования: при смене дренажной системы, перед её отсоединением, для профилактики пневмоторакса, необходимо наложить зажим на конец плеврального дренажа или попросить пациента сделать вдох и задержать дыхание. В это время быстро произвести замену дренажной системы. 3. Отрегулировать скорость эвакуации содержимого плевральной полости (по частоте выделяемых пузырьков в ёмкости для сбора жидкости дренажной системы). <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Придать пациенту удобное положение; кнопка вызова должна находиться в пределах досягаемости. 4. Сделать соответствующую запись в медицинской документации о выполнении назначенной врачом манипуляции. <p style="text-align: center;"><i>Уход за плевральной дренажной трубкой</i></p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Объяснить пациенту цель и ход процедуры. Получить информированное согласие. 2. Уложить пациента на перевязочный стол. 	

3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Подготовить необходимое оснащение и оборудование. Надеть перчатки.

II. Выполнение процедуры.

1. Снять пинцетом повязку вокруг дренажа, поместить её в ёмкость для отработанного материала.
2. Обработать кожу вокруг дренажа антисептиком, салфеткой на пинцете (в направлении от дренажа).
3. Наложить вокруг дренажа стерильные салфетки, не менее трёх слоёв, зафиксировать пластырем или патентованной клеевой повязкой.
4. Каждые 1-2 часа (или как указано в назначении врача) необходимо контролировать:
 - Работу дренажной системы: скорость выхода пузырьков из плеврального дренажа в ёмкость, колебание жидкости в гидравлической ёмкости при дыхании, объём извлекаемой жидкости – данные фиксировать в медицинской документации.
 - Состояние основных физиологических параметров пациента: АД, пульс, ЧДД.
 - Состояние повязки вокруг дренажа (качество фиксации, загрязнение).
5. При прекращении дренирования или замедлении его скорости использовать процедуры, принятые в данном лечебном учреждении.

«Сдаивание»

- Правой рукой прижать дренаж пальцами к ладони у места выхода его из плевральной полости.
- левой рукой сжать дренаж чуть ниже правой руки.
- Отпустить правую руку и зажать дренаж чуть ниже левой руки.
- Передвигать руки, таким образом, по дренажу до ёмкости для сбора жидкости.

«Скользящее сдавление»

- левой рукой сжать дренаж у места выхода его из плевральной полости.
- Пальцы правой кисти смазать мазью или вазелиновым маслом и зажать дренаж чуть ниже левой руки.
- Скользящим движением пальцев правой кисти провести вниз по дренажу к ёмкости дренажной системы.
- Разжать пальцы левой кисти, затем правой.

Повторить указанные движения 2-3 раза.

При отсутствии эффекта от проводимых действий, сообщить врачу о выявленных нарушениях в работе дренажной системы.

III. Окончание процедуры.

1. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции.
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3. Придать пациенту удобное положение; кнопка вызова должна находиться в пределах досягаемости.
4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

Уход за дренажом и раной:

I. Подготовка к процедуре.

1. Объяснить пациенту цель и ход процедуры. Получить информированное согласие.
2. Уложить пациента на перевязочный стол.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Подготовить необходимое оснащение и оборудование.
5. Надеть перчатки.

II. Выполнение процедуры.

1. Пинцетом снять повязку. Если она не удаляется, смочить её небольшим количеством раствора антисептика.
2. Стерильным пинцетом снять нижний слой повязки, не нарушая положение дренажа. Поместить использованный материал в ёмкость для дезинфекции.
3. Оценить состояние раны: наличие симптомов воспаления, характер отделяемого, его запах, соприкосновение краёв раны.
4. Снять перчатки и поместить их в ёмкость для дезинфекции (или пластиковый пакет при выполнении процедуры в палате).
5. Обработать руки антисептиком.
6. Подготовить упаковку с новыми перевязочными материалами (салфетками).
7. Налить стерильный раствор для промывания раны в ёмкость для растворов.
8. Надеть стерильные перчатки.
9. Обработать края раны и кожу вокруг неё антисептиком, тампоном на пинцете (по направлению от раны) периодически меняя тампоны. При обработке кожи под дренажом поддерживать дренаж в вертикальном положении с помощью зажима. В плевральную область вводится антибиотик. Шприцем Жанэ отсасывается содержимое плевральной полости и одновременно удаляется дренаж, прижимая края раны друг к другу и накладывает шов.
10. Для удаления дренажа необходимо снять швы, расположенные возле дренажа и только затем выдвинуть его наружу или полностью извлечь с помощью зажима. Извлечённый дренаж поместить в ёмкость для дезинфекции.
11. Осушить рану стерильными салфетками.
12. По назначению врача нанести на рану мазь или другое лекарственное средство стерильным шпателем.
13. Наложить стерильную повязку слоями под дренаж или вокруг него.

	<p>14. Зафиксировать повязку пластырем или бинтом.</p> <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Придать пациенту удобное положение; кнопка вызова должна находиться в пределах досягаемости. 4. Сделать запись в медицинской документации о результатах выполнения процедуры. 								
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики Отсутствуют</p>								
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка Самостоятельное дыхание пациента не затруднено. Частота дыхания в пределах нормы.</p> <table> <thead> <tr> <th>Частота дыхания</th> <th>Оценка результатов</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20-21</td> <td>норма</td> </tr> <tr> <td>менее 17</td> <td>брадипное</td> </tr> <tr> <td>более 22</td> <td>тахипное</td> </tr> </tbody> </table> <p>У пациента отсутствуют болевые ощущения, сохранена способность выполнять гигиенические процедуры, принимать пищу, совершать физиологические отправления.</p> <p>У пациента отмечается заживание раны и восстановление функции повреждённой части тела.</p>	Частота дыхания	Оценка результатов	20-21	норма	менее 17	брадипное	более 22	тахипное
Частота дыхания	Оценка результатов								
20-21	норма								
менее 17	брадипное								
более 22	тахипное								
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациента информировать о предстоящей манипуляции по уходу за дренажом. Информация о выполнении манипуляции, сообщаемая ему врачом, или медсестрой, или фельдшером включает сведения о цели данной процедуры.</p> <p>Требуется письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на выполнение данной процедуры, так как данный лечебный метод является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.</p>								
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги. – Отсутствие осложнений во время и после процедуры. 								
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача – 0.</p>								

	Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 2,0.
12.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
13.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствует

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

24. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ

Код технологии	Название технологии	
A14.31.012	Оценка степени риска развития пролежней	
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Диагностическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Отсутствуют
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство

		70° этиловый спирт – 5 мл.
5.6	Прочий расходный материал	Мыло Перчатки не стерильные
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм оценки степени риска развития пролежней</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <p>1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход обследования (если пациент в сознании).</p> <p>II. Выполнение процедуры.</p> <p>Оценка степени риска развития пролежней осуществляется по шкале Waterlow, которая применима ко всем категориям пациентов. При этом проводится суммирование баллов по 10 параметрам:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Телосложение; 2. Масса тела, относительно роста; 3. Тип кожи; 4. Пол, возраст; 5. Особые факторы риска; 6. Удержание мочи и кала; 7. Подвижность; 8. Аппетит; 9. Неврологические расстройства; 10. Оперативные вмешательства или травмы. <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сообщить пациенту(ке) результат обследования. 2. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации. 	
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>При наличии расстройств речи, сознания, когда собрать анамнестические сведения невозможно, медицинская сестра должна получить их у родственников пациента, и пр., а так же воспользоваться медицинской документацией.</p>	
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Оценка результатов производится путём сопоставления полученных данных с данными нормами:</p> <p>Итоговые значения, характеризующие степень риска:</p> <p>В зоне риска – 10 баллов</p> <p>В зоне высокого риска – 15 баллов</p> <p>В зоне очень высокого риска – 20 баллов</p>	
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником,</p>	

	<p>включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики Оценка качества проведения простой медицинской услуги производится по шкале Waterlow.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Проведение контрольного измерения с целью установления соответствия полученных данных. – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения. – Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 0,5.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги В соответствии с отраслевым стандартом «Протокол ведения больного. Пролежни» 91500.11.0001-2002 и приказ МЗ РФ от 17 апреля 2002 года №123.</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствует</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

25. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРОЛЕЖНЕЙ

Код технологии		Название технологии
A14.31.013		Оценка степени тяжести пролежней
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Диагностическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Пинцет стерильный (при необходимости)
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство 70° этиловый спирт – 5 мл.

5.6	Прочий расходуемый материал	Мыло Марлевые салфетки (стерильные) Источник дополнительного освещения Перчатки стерильные (при необходимости).
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм оценки степени тяжести пролежней</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры. 2. Отрегулировать высоту кровати. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Помочь пациенту лечь на живот или на бок. 2. Осмотреть места образования пролежней: крестец, пятки, лодыжки, лопатки, локти, затылок, большой вертел бедренной кости, внутренние поверхности коленных суставов. 3. Оценить: локализацию, окраску кожных покровов, наличие запаха и боли, глубину и размер поражения, наличие и характер отделяемой жидкости, отёчность краёв раны, наличие полости, в которой могут быть видны сухожилия и/или костные образования. 4. При необходимости применять стерильные пинцеты и стерильные перчатки. <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сообщить пациенту(ке) результат исследования. 2. Подвергнуть дезинфекции использованный материал и перчатки. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации. 	
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Отсутствуют</p>	
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Оценка результатов производится путём сопоставления полученных данных с принятой классификацией (ОСТ 91500.11.0001-2002).</p> <p>1 степень – устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены</p> <p>2 степень – поверхностное нарушение целостности кожных покровов с распространением на подкожную клетчатку. Стойкая гиперемия, отслойка эпидермиса.</p> <p>3 степень – полное разрушение кожного покрова вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу. Возможны жидкие выделения.</p> <p>4 степень – поражение всех мягких тканей. Наличие полости, обнажающей нижележащие ткани (вплоть до кости), развивается некроз.</p>	

9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <p>Оценка качества проведения простой медицинской услуги производится в соответствии с отраслевым стандартом 91500.11.0001-2002 «Протокол ведения больных. Пролежни».</p> <ul style="list-style-type: none"> – Проведение контрольного измерения с целью установления соответствия полученных данных. – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения. – Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 0,5.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>В соответствии с отраслевым стандартом «Протокол ведения больного. Пролежни» 91500.11.0001-2002 и приказ МЗ РФ от 17 апреля 2002 года №123.</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствует</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

26. ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛИ

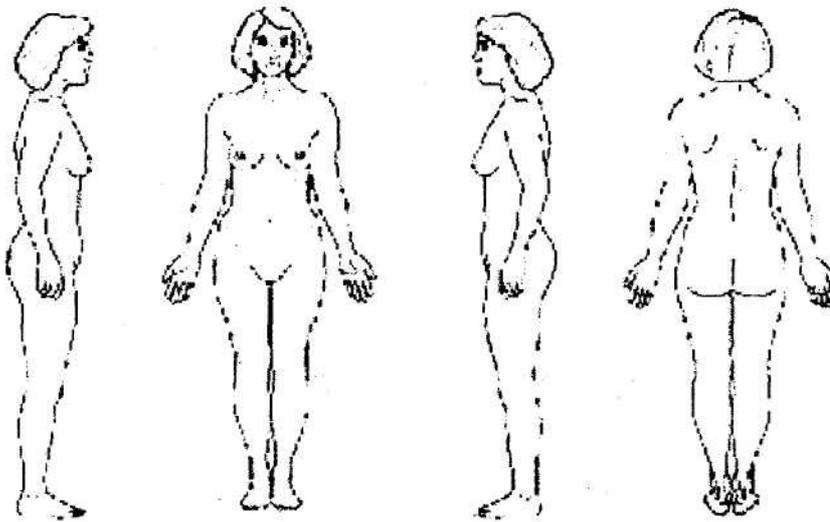
Код технологии		Название технологии
A14.31.014		Оценка интенсивности боли
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия 040400 Соматология
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные Транспортировка в условиях «скорой медицинской помощи»	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Диагностическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Отсутствуют
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты	Отсутствуют

	раты и реагенты	
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для обработки рук.
5.6	Прочий расходуемый материал	Мыло Визуально-аналоговая шкала оценки боли. Вопросник Мак-Гилла по определению степени выраженности болевого синдрома.
6.	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
	<p style="text-align: center;">Алгоритм оценки интенсивности боли</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Убедиться что пациент находится в сознании. <ol style="list-style-type: none"> 1.1 при диагностировании сознания, отличного от ясного использовать шкалу комы Глазго (Glasgow Coma Score) для диагностики уровня угнетения сознания. 2. Убедиться в возможности речевого контакта с пациентом, учитывая тяжесть состояния, возраст, уровень сознания, нарушения речи, наличие/отсутствие языкового барьера. <ol style="list-style-type: none"> 2.1 при невозможности речевого контакта с пациентом, диагностировать и документировать невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли). 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При наличии ясного сознания и возможности речевого контакта провести оценку уровня боли на диагностическом уровне: <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Спросить у пациента о наличии боли. 1.2 При подтверждении пациентом наличия болевого синдрома: <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1. Предложить пациенту оценить интенсивность боли по 5-бальной шкале. 1.1.2. Выяснить локализацию боли. 1.1.3. Выяснить иррадиацию боли. 1.1.4. Выяснить продолжительность боли. 1.1.5. Выяснить характер боли. 1.1.6. Полученные результаты документировать. Зоны боли описать в терминах топографической анатомии или отметить на схематическом изображении человеческого тела. 1.3 При отрицании пациентом наличия болевого синдрома, документировать в медицинской документации факт отсутствия боли в момент осмотра. 2. При проведении повторного исследования уровня боли (динамический мониторинг уровня боли), провести оценку уровня боли на 	

	<p>уровне динамической оценки.</p> <p>2.1 Предложить пациенту отметить текущий уровень боли на 10-бальной шкале визуально-аналогового контроля.</p> <p>2.2 Попросить пациента отметить на той же шкале уровень боли на момент предыдущего осмотра.</p> <p>2.3 Оценить положительную/отрицательную динамику субъективной оценки болевого синдрома в абсолютных и /или относительных показателях.</p> <p>2.4 Полученные результаты документировать.</p> <p>3. При проведении первичной оценки уровня боли, а также при изменении характера болевого синдрома провести оценку уровня боли на описательном уровне:</p> <p>3.1 Инструктировать пациента о правилах заполнения вопросника Мак-Гилла по определению степени выраженности болевого синдрома.</p> <p>3.2 Предоставить пациенту бланк вопросника Мак-Гилла и авторучку.</p> <p>3.3 По окончании заполнения, рассчитать ранговые индексы по 4 основным группам (сенсорные ощущения, эмоциональные ощущения, оценка интенсивности, параметры, отражающие общие характеристики боли); на основании полученных показателей рассчитать ранговый индекс боли (РИБ).</p> <p>3.4 Заполнить расчётные поля бланка вопросника.</p> <p>3.5 На основании данных, полученных в п. 1.1.1, заполнить поле «настоящее ощущение интенсивности боли» (НИБ).</p> <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ознакомить пациента с полученными результатами. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию. 4. При отказе пациента от проведения оценки, а также при наличии подозрений в истинности предоставляемых данных (симуляция, аггравация, диссимуляция) диагностировать и документировать невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли).
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>При проведении оценки уровня боли по шкале Мак-Гилл (McGill) необходимо попросить пациента отметить одно слово, которое наиболее точно отражает его болевые ощущения в любых (не обязательно во всех) классах оценочной шкалы.</p> <p>В педиатрической, геронтологической, психиатрической практике, а также в случаях, когда проведение оценки уровня боли затруднено языковым барьером, может быть использована пиктографическая шкала, схематично изображающая выражения лица человека.</p> <p>К невербальным признакам боли (маркерам боли) относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Влажная кожа.

	<ul style="list-style-type: none"> - Тахикардия и тахипноэ, не связанные с заболеванием. - Слёзы, влажные глаза. - Расширение зрачков. - Вынужденная поза. - Характерная мимика – сжатые зубы, напряжение мимической мускулатуры лица (нахмуренный лоб, поджатые губы). - Прижатие рукой места локализации боли, поглаживание и растирание его. - Нарушение глазного контакта (бегающие глаза). - Изменение речи (темпа, связности, стиля). - Поведенческие реакции (двигательное беспокойство, постукивание пальцами, непоседливость). - Эмоциональные реакции: капризность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, вспышки агрессии. - Нарушения сна. - Потеря аппетита. - Стремление к одиночеству. - Стоны во сне или в те моменты, когда пациент считает, что он один. - Частые разнообразные жалобы, не связанные с болью.
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Уровень боли пациента объективно оценён в соответствии с приведёнными методиками.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели и ходе данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения. – Результаты исследования получены и правильно интерпретированы. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой ме-</p>

4. образец схематического изображения женского тела для графического обозначения зон болевого синдрома



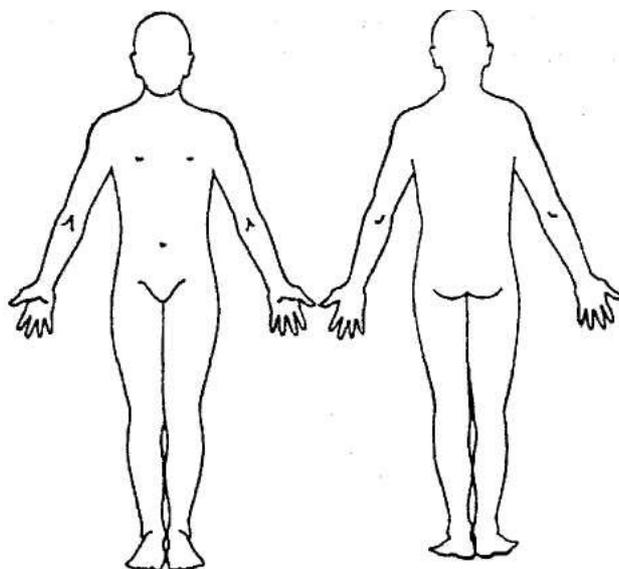
5. Вопросник (анкета) McGill по определению степени выраженности болевого синдрома (R. Melzack 1996)

**ВОПРОСНИК (АНКЕТА) MCGILL
ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ
БОЛЕВОГО СИНДРОМА**

ФИО _____ Дата _____ Время _____
Пациента _____ исследования _____ исследования _____

РИБ С Э И Р РИБ (сумм) НИБ _____
(1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1. Схватывающая, пульсирующая, дёргающая, стегающая, колотящая, долбящая	11. утомляющая изнуряющая
2. боль подобная электрическому разряду, сильному удару тока, выстрелу	12. тошнотворная удушающая
3. колющая, впивающаяся, сверлящая, буравящая, взрывная	13. тревожная страшная ужасающая
4. острая, полосующая, разрывающая	14. грубая изнурительная злая, жестокая, убийственная
5. щемящая, давящая, грызущая стискивающая раздавливающая	15. сокрушительная ослепляющая
6. тянущая выкручивающая выламывающая	16. раздражающая обессиливающая интенсивная мучительная непереносимая
7. горячая, жгучая, прижигающая палящая	17. обширная разлитая проникающая пронизывающая
	18. угнетающая вводящая в оцепенение, злая приводящая в



	ярость, приводящая в отчаянье
8. покалывающая зудящая разъедающая жалящая	19. холодящая сковывающая леденящая
9. тупая, ноющая ломающая размозжающая раскалывающая	20. мешающая досаждающая навязчивая мучающая пытающая
10. распирающая, тянущая, пилящая разрывающая	НИБ 0 – нет боли 1 – слабая 2 – умеренная 3 – сильная 4 – сильнейшая 5 – непереносимая

Прилагательные, описывающие болевой синдром разделены на 4 основные группы С – описывающие сенсорные ощущения (1-10), Э – эмоциональные ощущения (11-15), И – интенсивность боли (16), Р – отражающие разнообразие болевого синдрома (17-20). Ранговая значимость для каждого показателя, описывающего болевой синдром основывается на положении показателя в ряду слов.

Сумма ранговых показателей определяет Ранговый индекс боли (РИБ). Настоящее ощущение интенсивности боли (НИБ) оценивается по шкале от 0 до 5.

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

27. ПЕРЕВЯЗКИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ЦЕЛОСТНОСТИ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ

Код технологии		Название технологии
A15.01.001		Перевязки при нарушениях целостности кожных покровов
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Перевязочный стол Стол для инструментов и перевязочно-

		<p>го материала</p> <p>Зажим</p> <p>Пинцет хирургический</p> <p>Пинцет анатомический</p> <p>Пуговчатый зонд</p> <p>Шпатель.</p> <p>Почкообразный лоток.</p> <p>Хирургические ножницы с одним острым концом</p> <p>Ножницы Рихтера</p>
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	<p>Перекись водорода 3 %</p> <p>Раствор йода спиртовой 5 %</p> <p>Раствор бриллиантового зелёного.</p> <p>Октенисепт.</p> <p>Спирт этиловый 70 %</p> <p>Фурациллин</p> <p>Клеол 5 мл.</p> <p>Антисептическое средство для обработки рук.</p> <p>Дезинфицирующее средство</p>
5.6	Прочий расходный материал	<p>Бинты 1-2 шт.</p> <p>Марлевые шарики 5-10 шт.</p> <p>Стерильные большие марлевые салфетки</p> <p>Стерильные средние марлевые салфетки</p> <p>Пластырь</p> <p>Пелёнка одноразовая.</p> <p>Перчатки не стерильные</p> <p>Перчатки стерильные</p> <p>Пластиковый пакет.</p> <p>Очки.</p> <p>Маска.</p> <p>Стул (для проведения перевязки в положении сидя)</p> <p>Ёмкость для дезинфекции</p>
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм проведения перевязки</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <p>1. Представиться пациенту, рассказать ему о цели и ходе процедуры.</p>	

2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
3. Подготовить всё необходимое для перевязки.
4. Помочь пациенту раздеться или освободить повязку от одежды, занять удобное положение в постели, на перевязочном столе, стуле.
5. Надеть перчатки.

II. Выполнение процедуры.

1. Снять фиксирующую повязку бережно и щадяще (пластырь, или клеоловую салфетку, бинт) с помощью ножниц Рихтера.
2. Снять поочередно салфетки прикрывающие рану, по направлению вдоль раны (при снятии повязки в поперечном направлении края раны расходятся, что затрудняет сращение, пациент ощущает боль). При снятии повязки, для уменьшения неприятных ощущений, кожу необходимо придерживать шариком на пинцете. Если повязка не снимается, можно попробовать её удалить с помощью шарика на пинцете смоченным раствором перекиси водорода или применить ванночку с тёплым раствором перманганата калия 1:3000
3. Поместить использованный материал в ёмкость для дезинфекции или пластиковый пакет (при выполнении процедуры в палате)
4. Снять перчатки, положить их в ёмкость для отработанного материала для дезинфекции или пластиковый пакет.
5. Обработать руки антисептиком.
6. Надеть стерильные перчатки.
7. Осмотреть рану и кожу вокруг неё. Обратит внимание на запах, характер отделяемого состояние краёв (слипшиеся, зияют) наличие симптомов воспаления (боль, отёк, гиперемия).
8. Обработать окружающую рану кожу стерильными марлевыми шариками меняя их после каждого движения и перемещая тампон от наименее загрязнённого участка к наиболее загрязнённому и от центра к наружи, вначале сухими, затем смоченными растворами дезинфектанта (спирт этиловый 70 %), края раны смазывают 5 % раствором йода или 1 % раствором бриллиантового зелёного.
9. Удалить скопившийся экссудат (если есть) промокнув стерильными шариками или промывания 3 % раствором перекиси водорода, после чего рану осушают сухими тампонами.
10. По назначению врача нанести на рану мазь с помощью шпателя или наложить салфетку, смоченную лекарственным препаратом.
11. Прикрыть рану стерильными салфетками с помощью пинцета не менее чем три слоя.
12. Фиксировать салфетки полосками лейкопластыря, бинтом или клеевой повязкой.

III. Окончание процедуры.

1. Поместить использованные инструменты в ёмкость для дезинфекции.
2. Снять перчатки и поместить в ёмкость для дезинфекции.

	<p>3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>4. Сообщить пациенту о состоянии раны, проинструктировать его о дальнейших действиях.</p> <p>5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Перевязка может проводиться по медицинским показаниям, у постели пациента. Для её провидения используют передвижной манипуляционный столик. Манипуляция проводится с соблюдением правил асептики и антисептики.</p> <p>В течении 15-20 минут после манипуляции необходимо наблюдать пропитыванием за состоянием повязки (фиксации, отделяемым). При пропитывании повязки кровью сообщить врачу.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Цель:</p> <ul style="list-style-type: none"> - профилактика развития инфекции и осложнений - заживление раны в установленные сроки <p>желаемые результаты</p> <p>Желательные результаты:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Заживление раны первичным натяжением. - Заживление раны в течение 7-10 дней. - Ощущение комфорта у пациента.
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящем лечении и проведении лечебных процедур. Информация сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели и ходе данной лечебной процедуры, желаемых результатах и возможных осложнениях.</p> <p>Требуется письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на проведение лечебных процедур так как они являются потенциально опасными для здоровья пациента.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ врача – 3,0.</p>

	Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 2,0.
12.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
13.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствуют

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

28. ПЕРЕВЯЗКИ ПРИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ

Код технологии		Название технологии
A15.01.002		Перевязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Зажим Пинцет Пуговчатый зонд

		Хирургические ножницы с одним острым концом. Ножницы Рихтера. Желобоватый зонд. Зажим Москит Скальпель Дренажная трубка.
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Перекись водорода 3 % Раствор йода спиртовой 5 % Раствор бриллиантового зелёного. Октенисепт. Гипертонический раствор натрия хлорида 10 %. Спирт этиловый 70 % Клеол 5 мл. Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство
5.6	Прочий расходный материал	Бинты. Очки. Маска. Стерильные ватные шарики. Стерильные марлевые салфетки разного размера. Пластырь Перчатки стерильные Клеёнка (одноразовая влагоустойчивая плёнка). Клеёнчатый (одноразовый пластиковый) фартук.
6.	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Алгоритм перевязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки I. Подготовка к процедуре. 1. Получить информированное согласие пациента, рассказать ему о цели и ходе процедуры. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Надеть перчатки. 4. Подготовить всё необходимое для перевязки. 5. Помочь пациенту раздеться и попросить занять удобное положение на перевязочном столе или на стуле.	

6. Подложить пелёнку под область перевязки.
7. Надеть очки, защитную одежду (фартук, маску).

II. Выполнение процедуры.

1. Снять фиксирующую повязку (пластырь, или клеоловую салфетку, бинт) с помощью ножниц Рихтера.
2. Снять поочерёдно все три слоя повязки в направлении от одного края раны к другому (тяга поперёк раны увеличивает её зияние и причиняет боль), кожу при снятии повязки следует придерживать марлевым шариком или пинцетом, не позволяя ей тянуться за повязкой. Присохшую повязку следует отслаивать шариком, смоченным в 3 % растворе перекиси водорода (иногда присохшие повязки лучше удалять после отмачивания, если состояние раны позволяет применить ванну из тёплого раствора перманганата калия 1:3000).
3. Поместить использованный материал в ёмкость для дезинфекции.
4. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции.
5. Обработать руки антисептиком.
6. Надеть стерильные перчатки.
7. Осмотреть рану и окружающую её область (запах, отделяемое, сближение краёв раны, отёчность, болезненность).
8. Обработать кожу вокруг раны стерильными марлевыми шариками меняя их после каждого движения и перемещая тампон от наименее загрязнённого участка к наиболее загрязнённому и от центра к наружи, вначале сухими, затем смоченными растворами дезинфектанта (спирт этиловый 70 %), края раны смазывают 5 % раствором йода или 1 % раствором бриллиантового зелёного.
9. Удалить скопившийся экссудат (если есть) промокнув стерильными шариками или промыть 3 % раствором перекиси водорода, после чего рану осушить сухими тампонами.
10. По назначению врача нанести на рану мазь или другое лекарственное средство стерильным шпателем.
11. Наложить стерильную повязку тремя слоями пинцетом.
12. Под дренаж положить надрезанную до середины салфетку.
13. Зафиксировать повязку пластырем, липкой повязкой или бинтом в зависимости от места нахождения раны.

III. Окончание процедуры.

1. Поместить использованные инструменты в ёмкость для дезинфекции.
2. Снять перчатки и поместить в ёмкость для дезинфекции.
3. Снять очки, защитную одежду (передник или халат, маску) и сбросить в ёмкость или пакет для сбора белья.
4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
5. Сообщить пациенту о состоянии раны, проинструктировать его о дальнейших действиях.
6. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в меди-

	цинскую документацию.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Перевязка при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки проводится ежедневно.</p> <p>Может проводиться не в перевязочной, а непосредственно у постели больного в палате, по медицинским показаниям, при соблюдении правил асептики и антисептики.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Очищение раны от микробной флоры.</p> <p>Остановка развития гнойного процесса.</p> <p>Заживление раны вторичным натяжением, без формирования коллоидных рубцов, некроза кожи, косметических дефектов.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящем лечении и проведении лечебных процедур. Информация сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимого лечения, желаемых результатах и возможных осложнениях.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 2,0.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствуют</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

29. ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ

Код технологии		Название технологии
A15.03.002		Иммобилизация при переломах костей
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные Транспортировка в условиях «скорой медицинской помощи»	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Транспортные (стандартные) шины: Крамера 60x8 см – 4 шт. 110x11 см

		<p>Дитерикса Пневматические Деревянный щит Ватно-марлевый воротник или пневматический воротник Кольца Дельбе Ножницы хирургические Стерильная укладка с набором инструментария и перевязочного материала для обработки раны. Пластиковый пакет для отработанного материала.</p>
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	<p>Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство. -Анальгетики (в зависимости от локализации и степени тяжести переломов)</p>
5.6	Прочий расходный материал	<p>Бинты (средние, широкие) Вата медицинская. Марля. Косынка. Медицинская клеёнка. Мыло. Стерильный перевязочный материал. Лейкопластырь. Перчатки не стерильные</p>
6.	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
	<p>Иммобилизация при переломах костей осуществляется для создания неподвижности повреждённой части тела, предупреждения смещений отломков и повреждения ими кровеносных сосудов, периферической и центральной нервной системы, внутренних органов и мягких тканей. Основные принципы транспортной иммобилизации.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Шину накладывают непосредственно на месте происшествия. 2. Шина обязательно должна захватывать как минимум два сустава (выше и ниже места перелома) при повреждении плеча и бедра – три сустава. 3. Перед применением жёсткие стандартные шины необходимо обернуть ватой, фиксировать её бинтом или одеть чехол из моющейся ткани. 4. Не следует снимать одежду с пострадавшего, если её невозможно снять, для осмотра места повреждения необходимо разрезать её по 	

швам.

5. Перед наложением шины необходимо по возможности придать повреждённой конечности средне физиологическое положение, а если это не возможно – такое положение, при котором конечность меньше всего травмируется.
6. Моделирование шины следует проводить прикладывая её к повреждённой конечности.
7. При открытых переломах, вправление отломков не производится: останавливают кровотечение временными способами, накладывают стерильную повязку, конечность фиксируют в том положении, в котором она находится.
8. При закрытых переломах, особенно нижних конечностей, фиксируя шину повязкой необходимо проводить лёгкое и осторожное вытяжение повреждённой конечности по оси.

При перекладывании пострадавшего с наложенной шиной на носилки нужно поддерживать повреждённую конечность или часть тела.

Алгоритм иммобилизации при переломах костей

I. Подготовка к процедуре.

1. Предать пациенту удобное положение.
2. Объяснить ход предстоящей манипуляции.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Надеть резиновые перчатки.
5. Освободить место травмы от одежды.
6. Осмотреть место травмы для определения характера повреждения.
7. Подготовить необходимое количество шин нужной длины и ширины.
8. Обернуть их ватой, фиксировать её бинтом (марлей) или одеть специальный чехол.

II. Выполнение процедуры.

1. *Иммобилизация конечности при переломе костей кисти и пальцев*

- 1.1. Подготовить лестничную шину длиной от концов пальцев до локтевого сустава.
- 1.2. Наложить шину на повреждённую конечность с ладонной стороны.
- 1.3. Придать кисти средне физиологическое положение, вложить в ладонь ватный валик.
- 1.4. Фиксировать шину к конечности бинтом, оставив пальцы открытыми.

2. *Иммобилизация конечности при переломе костей предплечья*

- 2.1. Подготовленную проволочную шину, длиной 80 см, смоделировать по контуру здоровой руки (от пястно-фаланговых суставов до середины плеча).

2.2. Осторожно согнуть повреждённую конечность в локтевом суставе под прямым углом, предплечье привести в среднее положение между пронацией и супинацией, кисть немного разогнуть, вложить в ладонь плотный валик.

2.3. Уложить повреждённую конечность на подготовленную шину.

2.4. Зафиксировать шину бинтом.

Иммобилизировать повреждённую конечность с помощью косынки.

3. Иммобилизация конечности при переломе плечевой кости

3.1. Подготовить лестничную шину нужной длины (от концов пальцев повреждённой конечности до плечевого сустава противоположной стороны), моделировать по не повреждённой конечности.

3.2. В подмышечную впадину подкладывают ватно-марлевый валик, который фиксируют лентой бинта, проведённой через грудь и завязанной на здоровом надплечье. Повреждённую конечность согнуть в локтевом суставе под острым углом.

3.3. Уложить на внутреннюю поверхность шины кисть в среднем положении между супенацией и пронцией, вложить под согнутые пальцы кисти ватно-марлевый валик.

3.4. Направить шину по задненаружной поверхности повреждённой конечности через плечо на спину до плечевого сустава противоположной стороны.

3.5. Связать концы шины бинтом через неповреждённое надплечье и подплечную область.

3.6. Фиксировать шину к конечности спиральными ходами бинта до локтевого сгиба или средней трети плеча.

Для лучшей фиксации конечности положить повязку Дезо.

4. Иммобилизация конечности при переломе ключицы, лопатки, головки шейки плеча

4.1. Иммобилизация с использованием косыночной повязки

1. Взять косынку с двумя длинными концами и одним коротким. Середину косынки подвести под согнутое в локтевом суставе до 90° предплечье.

2. Один конец косынки расположить между предплечьем и туловищем и провести через здоровое плечо, другой, находящийся спереди от предплечья, - через больное плечо. Оба конца завязать сзади на шее. Вершину косынки (третий её конец) загнуть в области локтевого сустава кпереди и закрепить булавкой.

4.2. Иммобилизация путём бинтования

1. Повреждённую руку слегка отвести в сторону, подложить в подмышечную область ватно-марлевый валик чтобы поднять плечевой сустав и отодвинуть его от грудной клетки плечо прижимать к туловищу и наложить повязку.

2. Согнуть повреждённую руку под прямым углом и плотно прижать к груди.
3. В таком положении прибинтовать повреждённую руку к туловищу круговыми витками бинта от здоровой стороны грудной клетки по направлению к больной.

4.3. *Иммобилизация кольцами Дельбе:*

1. Смоделировать диаметр стандартных колец по здоровому плечу или изготовить кольца из марли и ваты – валик из ваты завернуть в марлю квадратной формы 60х60 см «с угла на угол», наружные углы марли, свободные от ваты, завязать узлом в виде кольца.
2. Кольца одеть на плечи с обеих сторон – как ляжки рюкзака в положении максимального сведения лопаток.
3. Плечи отвести назад, а кольца связать между собой за спиной при помощи бинта.

5. *Иммобилизация конечности при переломе ребёр и грудины*

5.1. *Иммобилизация бинтованием*

Пострадавшему выполнить не тугое бинтование грудной клетки или стянуть грудь полотенцем. Тугое бинтование широкими бинтами и бинтование проводят на глубоком выдохе. Или же наложить спиральную повязку на грудную клетку, на выдохе обернуть вокруг грудной клетки ткань (сложенную простынь, марлю, полотенце) зашить край нитками или фиксировать булавками. Убедиться в отсутствии открытого пневмоторакса. Если он обнаружен, то наложить герметизирующую асептическую повязку перед бинтованием грудной клетки.

5.2. *Иммобилизация с применением лейкопластыря*

Наложить на место перелома лейкопластырную черепицеобразную повязку. Широкие полоски лейкопластыря наложить от края грудины до позвоночника так, чтобы последующая полоска прикрывала предыдущую на половину. Повязка должна захватывать область 2-3-х рёбер выше и ниже места перелома.

6. *Иммобилизация конечности при переломе лодыжек и костей стопы*

Подготовить две лестничные шины нужной длины (первая, длиной 80 см, шириной 11 см, располагается от верхней трети голени по задней поверхности её, под стопу до конца пальцев; вторая, длиной 120 см, шириной 8 см, моделируется в виде дуги, от верхней трети голени наружной стороны под стопу до верхней трети голени внутренней стороны).

Наложить шины на повреждённую конечность, фиксировать марлевым бинтом.

7. *Иммобилизация конечности при переломе костей голени*

1. Подготовить три лестничные шины нужной длины (первую, длиной 120 см, шириной 11 см, расположить от ягодичной складки повре-

ждённой конечности по задней поверхности бедра, голени, под стопу до концов пальцев; вторую, длиной 80 см, шириной 8 см, от верхней трети наружной поверхности бедра до наружного края стопы и загнуть под стопу; третью шину, такой же длины и ширины как вторая, моделировать так же как вторую и расположить на внутренней поверхности повреждённой конечности).

2. Уложить повреждённую конечность на первую шину, подложить ватные валики в подколенную ямку и над пяткой.
3. Приложить две оставшиеся шины к наружной и внутренней поверхности повреждённой конечности, наложить шины от верхней трети бедра до стопы с фиксацией коленного и голеностопного суставов.
4. Фиксировать шины на конечности спиральными турами бинта.

8. Имобилизация конечности при переломе бедра

8.1. Имобилизация проволочными шинами Крамера

1. Подготовить три лестничные шины нужной длины (первая моделируется нижней угла лопатки повреждённой стороны по задней поверхности бедра, голени, под стопу до конца пальцев. Вторая от подмышечной ямки по наружной поверхности туловища, бедра голени до наружного края стопы и загибается под стопу. Третья располагается от паховой области по внутренней поверхности повреждённой конечности под стопу).
2. Приподнять пострадавшую конечность и уложить её на первую шину. Подложить под коленную ямку и над пяткой ватный валик. Приложить две оставшиеся шины.
3. Фиксировать шины марлевым бинтом.

8.2. Имобилизация с использованием шины Дитерикса

1. Смоделировать шину по здоровой конечности:
 - короткую планку шины смоделировать по внутренней стороне конечности, её длина должна быть от паховой складки и на 10-15 см длиннее конечности;
 - длинную планку шины смоделировать по наружной стороне конечности и туловища, её длина должна быть от подмышечной впадины и на 10-15 см, длиннее конечности.
2. Конечность слегка согнуть в тазобедренном и коленном суставах, стопа по отношению к голени должна находиться под углом 90°.
3. В подмышечную впадину и в область промежности укладывают ватно-марлевые валики.
4. Фиксировать подошвенную часть шины, крепление для шнура наружу, к стопе 8-образной повязкой.
5. Короткую (внутреннюю) планку, нижнюю её часть, завести во внутреннюю скобу «подошвы» (шина должна выстоять от «подошвы» на 10 см.), валик шины должен прилегать к бедру и упираться в промежность.

6. Подвижную часть на торце внутренней планки, с отверстием, установить под углом 90°, в отверстие просунуть верёвку от «подошвы».
7. Длинную (наружную) планку шины, нижнюю её часть, завести в наружную скобу подошвы (шина должна выстоять от подошвы на 10 см.), а шип её – в паз торцевой, установленной под углом 90°, планки.
8. Вложить под костные выступы (лодыжек, коленного сустава, большого вертела и крыла подвздошной кости) прокладку из ваты для предупреждения сдавления и развития некроза.
9. Наружную шину уложить вдоль конечности и туловища до подмышечной впадины, зафиксировать ремнём через плечо противоположной стороны и через талию, другим ремнём – к туловищу.
10. Внутреннюю шину зафиксировать ремнём к бедру.
11. Шину в области голени зафиксировать бинтами.
12. С помощью палочки, закручивая верёвку, выполнить натяжение конечности. Палочку зафиксировать.

9. Иммобилизация конечности при переломе костей таза

1. Переложить пострадавшего на деревянный щит, твёрдые носилки, на спину с использованием трёх помощников (минимум вдвоём), поднимая одновременно все части тела.
2. Под колени пострадавшего подложить валик, изготовленный из одеяла, подушки или одежды так, чтобы конечности были согнуты в коленных и тазобедренных суставах.
3. Бёдра развести в стороны на 20-30 см и зафиксировать их ремнём, наложив ремень 8-образно в области нижней трети бёдер.

10. Иммобилизация конечности при переломе позвоночника

1. Переложить пострадавшего на деревянный щит, твёрдые носилки, на спину с использованием трёх помощников (минимум вдвоём), поднимая одновременно все части тела.
2. Под позвоночник, в область перелома, подложить валик.
3. При переломе шейного позвоночника необходимо одеть на шею пострадавшего ватно-марлевый или пневматический воротник и закрепить его специальными застёжками.

III. Окончание процедуры.

1. Сообщить пострадавшему о результатах иммобилизации и дальнейших действиях (если он находится в сознании).
2. Перенести пострадавшего в автомобиль для транспортировки в лечебное учреждение.
3. Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции.
4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
5. Записать о факте иммобилизации в сопроводительный лист, приня-

	тый в службе скорой медицинской помощи.
7.	Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики Одежду с пострадавшего снимать нельзя! При отсутствии стандартных шин иммобилизацию можно выполнить с помощью подручных средств.
8.	Достижимые результаты и их оценка В процессе иммобилизации общее состояние не ухудшилось. Шина обеспечивает неподвижность как минимум двум суставам, выше и ниже места перелома, при повреждении плеча и бедра трём суставам.
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациент должен быть информирован о предстоящей иммобилизации. Информация о необходимости проведения иммобилизации сообщается медицинским работником с указанием её цели.
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача – 1,0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,0.
12.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
13.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствуют

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

30. ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА

Код технологии		Название технологии
A11.16.008		ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные Транспортировка в условиях «скорой медицинской помощи» Санаторно-курортные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Толстый стерильный желудочный зонд диаметром 10-15 мм, длиной – 100-120 см с метками на расстоянии 45, 55, 65 см от слепого конца. Резиновая трубка длиной 70 см (для удлинения зонда) и стеклянная соединительная трубка диаметром не менее

		8 мм. Шприц Жанэ. Роторасширитель. Фонендоскоп. Тонометр.
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Жидкое вазелиновое масло или глицерин. Антисептик для обработки рук. Дезинфицирующее средство.
5.6	Прочий расходный материал	Воронка ёмкостью 1 л. Полотенце. Ковш. Мыло. Фартук клеёнчатый для пациента и медицинского работника. Перчатки не стерильные Ёмкость для промывных вод. Ведро с чистой водой комнатной температуры объёмом 10 л. Контейнер для дезинфекции. Стерильные марлевые салфетки. Водный термометр.
6.	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Промывание с применением желудочного зонда (пациент в сознании) I. Подготовка к процедуре. 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру промывания желудка (если он в сознании). 2. Усадить пациента на стул со спинкой или уложить на кушетку в положении на боку. Детей младшего возраста усадить на колени медсестры-помощницы. 3. Измерить артериальное давление, подсчитать пульс, если состояние пациента позволяет это сделать. 4. Снять зубные протезы у пациента (если они есть). 5. Надеть фартук на пациента, дать в руки полотенце. Ребёнка младшего возраста зафиксировать. Для этого левую руку положить на лоб ребёнка, правой рукой охватить его руки (выполняет медсестра-помощница). Ноги ребёнка удерживаются скрещенными ногами помощницы. Предварительно, для лучшей фиксации, обернуть больного в пелёнку или простыню. Надеть на ребёнка фартук. Конец фартука опустить в ёмкость для сбора промывных вод. Детям младшего возраста положить на грудь пелёнку.	

6. Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки, фартук.
7. Поставить таз к ногам пациента или к головному концу кушетки, если положение пациента лёжа.
8. Измерить шёлковой нитью расстояние от резцов до пупка плюс ширина ладони пациента.
9. Перенести метку на зонд, начиная от закруглённого конца.
10. Взять зонд в правую руку как «писчее перо» на расстоянии 10 см от закруглённого конца.

II. Выполнение процедуры.

1. Встать сбоку от пациента.
2. Предложить пациенту открыть рот, слегка запрокинуть голову назад. Ребёнка младшего возраста зафиксировать. Для этого левую руку положить на лоб ребёнка, правой рукой охватить его руки (выполняет медсестра-помощница). Ноги ребёнка удерживаются скрещенными ногами помощницы. Предварительно для лучшей фиксации, обернуть больного в пелёнку или простыню. Надеть на ребёнка фартук. Конец фартука опустить в ёмкость для сбора промывных вод. Детям младшего возраста положить на грудь пелёнку.
3. Смочить слепой конец зонда водой на глицерине.
4. Положить зонд на корень языка, попросить пациента сделать глотательное движение одновременно с продвижением зонда.
5. Наклонить голову пациента вперёд, вниз.
6. Медленно продвигать зонд вслед за глотательными движениями до метки, при этом пациент глубоко дышит через нос.
7. Убедиться, что зонд в желудке «воздушной пробой» (присоединить шприц Жанэ, ввести воздух, с помощью фонендоскопа прослушать появление булькающих звуков). Во время введения зонда ребёнку обратить внимание на его состояние (отсутствие кашля и цианоза).
8. Продвинуть зонд на 7-10 см.
9. Присоединить воронку к зонду.
10. Опустить воронку ниже положения желудка пациента.
11. Заполнить воронку водой, держа её наклонно. Для детей на первую порцию берётся жидкость из расчёта не более 15 мл/кг массы тела. При последующих введениях количество вводимой жидкости должно соответствовать количеству выведенных промывных вод.
12. Медленно поднять воронку выше уровня желудка, так чтобы вода поступала из воронки в желудок.
13. Как только вода достигнет устья воронки, быстро опустить воронку ниже уровня желудка, чтобы содержимое желудка наполнило воронку полностью.
14. Слить содержимое для бактериологического исследования в стерильную пробирку, при необходимости химического исследования в ёмкость с притёртой пробкой, а оставшуюся часть в ёмкость для сбо-

	<p>ра промывных вод.</p> <p>15. Повторить промывание несколько раз до чистых промывных вод. При необходимости ввести в желудок активированный уголь.</p> <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Воронку снять, зонд извлечь через салфетку, смоченную дезинфицирующим средством. 2. Поместить зонд, воронку в контейнер с дезинфицирующим средством, салфетку в контейнер с отходами класса Б. Промывные воды подвергнуть дезинфекции. 3. Дать пациенту прополоскать рот, обтереть полотенцем вокруг рта. 4. Пациента проводить в палату, тепло укрыть, наблюдать за состоянием. 5. Снять перчатки и поместить в ёмкость с дезинфицирующим раствором. 6. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 7. Отметить в листе назначений о выполненной процедуре. 								
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Если пациент находится в бессознательном состоянии, промывание проводится с использованием шприца Жанэ.</p> <p>При отсутствии зонда начать промывание «стаканным методом»: предлагается выпить 6-8 стаканов воды и вызвать рвоту раздражением корня языка, если пациент в сознании.</p> <p>Возможно промывание желудка тонким зондом (0,3-0,5 см), введённым интраназально, при этом в шприц Жанэ набирается вода в объёме 0,5 л, вводится в желудок и аспирируется обратно этим же шприцем.</p> <p>При уремии промывание проводить 2-4 % раствором натрия гидрокарбоната.</p> <p>При подозрении на отравление брать первую порцию промывных вод на исследование в стерильную ёмкость.</p> <p>При наличии в промывных водах крови проведение процедуры остановить для коррекции последующих действий.</p> <p>Если пациент находится в бессознательном состоянии, промывание желудка проводится после предварительной интубации трахеи.</p> <p>Проводить промывание желудка «стаканным методом» не рекомендуется.</p> <p>При промывании желудка ребёнка необходимо выбрать диаметр зонда, соответствующий возрасту:</p> <table data-bbox="339 1742 750 1908" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>Новорождённому</td> <td>2-3 мм</td> </tr> <tr> <td>До 3 мес.</td> <td>3-4 мм</td> </tr> <tr> <td>До 3 лет</td> <td>5 мм</td> </tr> <tr> <td>До 4-6 лет</td> <td>10 мм</td> </tr> </table> <p>Ребёнку раннего возраста открыть рот шпателем обернуть бинтом. В воронку налить или набрать в шприц воду.</p> <p>На одномоментное введение в объёме:</p> <p>Новорождённому – 20 мл</p>	Новорождённому	2-3 мм	До 3 мес.	3-4 мм	До 3 лет	5 мм	До 4-6 лет	10 мм
Новорождённому	2-3 мм								
До 3 мес.	3-4 мм								
До 3 лет	5 мм								
До 4-6 лет	10 мм								

	<p>1-2 мес. 60-80 мл 5-6 мес. 100 мл 9-12 мес. 120-150 мл 2-3 года 200-250 мл 6-7 лет 350-400 мл</p> <p>Проводиться учёт введённого и выведенного объёма воды. При остром экзогенном отравлении в чистую ёмкость взять первую и последнюю порции промывных вод. Первую – для определения неизвестного яда, Последнюю – для определения качества промывания желудка. При пищевой токсикоинфекции забор делается в стерильную ёмкость.</p>
8.	Достижимые результаты и их оценка Наличие чистых промывных вод.
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели и ходе проводимой процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. – Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги. – Пробы своевременно доставлены в лабораторию.
11.	Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача – 0 Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 3,0.
12.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
13.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)

Отсутствуют

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

31. ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ С ПОМОЩЬЮ КЛИЗМ

Код технологии		Название технологии
A11.19.005		Введение лекарственных средств с помощью клизм
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные Санаторно-курортные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Грушевый баллон на 150 мл. Газоотводная трубка. Штатив для капельных вливаний. Система для капельного введения. Система для капельных вливаний. Шприц. Лоток. Пинцет. Стерильный наконечник.

5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Вазелин 5 г. Антисептик для обработки рук. Дезинфицирующее средство. Лекарственные препараты – по назначению врача.
5.6	Прочий расходный материал	Не стерильные перчатки. Стерильные марлевые салфетки. Стерильные шпатели. Мыло. Туалетная бумага. Фартук влагонепроницаемый. Ширма (если процедура выполняется в палате) Подкладная пелёнка влагоустойчивая одноразовая. Ёмкость для дезинфекции. Пелёнка для укрывания пациента. Водный термометр. Клеёнка.
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Алгоритм введения лекарственных препаратов с помощью клизм</p> <p>I. Подготовка к процедуре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Подготовьте всё необходимое оснащение для выполнения данной процедуры. 3. Отгородить пациента ширмой (если процедура выполняется в многоместной палате). 4. Попросить пациента принять позу: положение на левом боку, ноги согнуты в коленях. Если пациенту противопоказано положение на боку, он может находиться в положении лёжа на спине с согнутыми в коленях ногами и разведёнными в стороны. 5. Подложить под ягодицы и бёдра клеёнку и пелёнку. 6. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 7. Надеть фартук и перчатки. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Набрать в грушевидный баллон тёплого лекарственного препарата t 37-38° (количество вводимого лекарственного вещества определяет 	

	<p>врач).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Закруглённый конец газоотводной трубки смазать вазелином на протяжении 30 см. 3. Закруглённый конец трубки взять в правую руку как «писчее перо», а свободный конец зажать 4 и 5 пальцем. 4. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки. Правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 15-30 см, первые 3-4 см по направлению к пупку, а остальные – по направлению позвоночника, так, чтобы наружный конец выступал не менее 10 см. у детей младшего возраста глубина введения трубки 6-15 см, только с 10-12 лет вводить на глубину 20-30 см. 5. При однократном введении: присоединить к трубке грушевидный баллон или шприц и медленно ввести лекарственный препарат. 6. Не разжимая грушевидный баллон, отсоединить его от газоотводной трубки, извлечь её и поместить её вместе с грушевидным баллоном в лоток. 7. При капельном введении: большим и указательным пальцами левой руки раздвинуть ягодицы, а правой рукой ввести наконечник в прямую кишку; отрегулировать скорость вливания раствора. 8. Укрыть пациента одеялом. <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. По окончании процедуры вытереть салфеткой (или туалетной бумагой) кожу в области анального отверстия (у женщин в направлении спереди-назад). 2. Сбросить бумагу в пластиковый пакет или лоток. 3. Снять фартук, перчатки, газоотводную трубку, наконечник поместить в ёмкость для дезинфекции. 4. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика) 5. Если процедура проводилась в манипуляционной – сопроводить пациента в палату. 6. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>За 20-30 минут до постановки лекарственной клизмы сделать пациенту очистительную клизму.</p> <p>При проведении капельных вливаний 5 % раствора глюкозы, 0,9 % раствора хлорида натрия к флакону прикрепляют грелку для поддержания температуры раствора (40°- 42°), скорость введения должна быть не более 60-80 кап/мин.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Самочувствие пациента стабильное. Реакции на введение нет. Осложнений не наблюдается.</p>

	Пациент чувствует себя комфортно.
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о введении лекарственных средств с помощью клизмы, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели и ходе проводимой процедуры.</p> <p>Письменное согласия пациента требуется в случае применения лекарственных препаратов, проходящих испытания или требующих особого выполнения режимных моментов (длительность применения, выполнение методических рекомендаций по нормам здорового образа жизни).</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствие осложнений. – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ врача – 0 Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,0.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствуют</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

32. ТРАНСПОРТИРОВКА ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ВНУТРИ УЧРЕЖДЕНИЯ

Код технологии	Название технологии	
A14.31.003	Транспортировка тяжелобольного внутри учреждения	
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Специально обученный персонал, не имеющий медицинского образования, в сопровождении медицинского работника.
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	Выполнение транспортировки: На каталке осуществляется не менее чем 2-мя медработниками. На носилках – не менее 4-х медработников.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные Санаторно-курортные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Транспортировка	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Носилки. Каталка. Функциональное кресло каталка.

5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Отсутствуют
5.6	Прочий расходный материал	Одеяло. Подушка. Простыня. Клеёнка с пелёнкой – при необходимости.
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Способ транспортировки тяжелобольного внутри учреждения определяет врач.</p> <p>Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на каталке (носилках)</p> <p>I. Подготовка к транспортировке.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить, как себя вести при транспортировке (если пациент без сознания – информация предоставляется доверенному лицу пациента). 2. Сообщить в соответствующее отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его историю болезни. 3. Определить готовность к транспортировке каталки, её техническое состояние. 4. Постелить на каталку простыню, положить подушку, клеёнку с пелёнкой (при необходимости). <p>II. Перемещение пациента на каталку (должно осуществляться тремя медработниками):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставить каталку ножной частью под углом к изголовью кровати или другим способом, более удобным в данной ситуации. Отрегулировать высоту каталки по высоте кровати. 2. Приподнять пациента – один медработник подводит руки под голову и лопатки пациента, второй – под таз и верхнюю часть бёдер, третий – под середину бёдер и голени. 3. Одновременно поднять пациента, вместе с ним повернуться в сторону каталки, уложить пациента на каталку. Положить руки пациента ему на грудь или живот. 4. Укрыть пациента одеялом. <p>III. Осуществление транспортировки на каталке:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Встать у каталки – один медработник спереди носилок, другой – сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспорти- 	

ровку внутри учреждения.

2. Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента.

IV. Осуществление транспортировки **на носилках**:

1. Встать у носилок – два медработника спереди каталки, два – сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения.
2. Передвижение персонала при этом должно осуществляться не в ногу, а короткими шагами, слегка сгибая ноги в коленях, удерживая носилки.
3. Вниз по лестнице пациента необходимо нести ножным концом носилок вперёд в горизонтальном положении. Вверх по лестнице пациента необходимо нести головным концом носилок вперёд также в горизонтальном положении.
4. Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента.

V. Окончание транспортировки:

1. Поставить каталку так, как позволяет площадь палаты.
2. Снять с кровати одеяло, раскрыть пациента и доступным способом переложить его на кровать (на руках или на простыне).
3. Укрыть пациента и убедиться, что он чувствует себя комфортно (если пациент в сознании).
4. Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медсестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу.

Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на функциональном кресле – каталке

I. Подготовка к транспортировке.

1. Представиться пациенту, объяснить, как себя вести при транспортировке
2. Сообщить в соответствующее отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его историю болезни.
3. Определить готовность к транспортировке кресла-каталки.

II. Перемещение пациента на кресло-каталку (выполняется одной медсестрой, если пациент не может помочь):

1. Поставить кресло-каталку рядом с кроватью, закрепить тормоза. По возможности опустить кровать до уровня кресла.
2. Помочь пациенту занять сидячее положение на кровати.
3. Встать напротив пациента: ноги должны быть расставлены на ширину 30 см, согнуты в коленях, одна нога выдвинута вперёд.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Поставить ногу, которая дальше от кресла-каталки, между коленями пациента коленом к нему, а другую ногу по направлению движения. 5. Прижав пациента к себе, плавно поднять его, не дёргая и не поворачивая. Необходимо держать свою голову с той стороны головы пациента, где находится кресло-каталка. 6. Поставив пациента на ноги, поворачиваться одновременно с ним до тех пор, пока он не займёт положение спиной к креслу-каталке. 7. Опустить пациента в кресло-каталку. Для этого: согнуть колени и придерживать ими колени пациента; держать спину прямо; пациент может помочь, если положит руки на подлокотники кресла-каталки, чтобы опуститься в него. 8. Отпустить пациента, только убедившись, что он надёжно сидит в кресле. 9. Попросить пациента поставить ноги на подставку для ног. <p>III. Осуществление транспортировки на кресле-каталке:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Снять кресло-каталку с тормозов и транспортировать пациента. 2. Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента. <p>IV. Окончание транспортировки на кресле-каталке:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставить кресло-каталку у кровати, закрепить тормоза. 2. Встать напротив пациента: ноги должны быть расставлены на ширину 30 см, согнуты в коленях, одна нога выдвинута вперёд. 3. Прижав пациента к себе, плавно поднять его, не дёргая и не поворачивая. Необходимо держать свою голову с той стороны головы пациента, где находится кровать. 4. Поставив пациента на ноги, поворачиваться одновременно с ним до тех пор, пока он не почувствует край кровати задней поверхностью бёдер. 5. Посадить пациента на кровать. 6. Уложить пациента, укрыть одеялом, убедиться, что он чувствует себя комфортно. 7. Передать историю болезни дежурной палатной медсестре. Дежурная медсестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Пациента, находящегося в бессознательном состоянии дополнительно фиксируют с помощью специальных ремней или поручней каталки. Если они отсутствуют, то пациента придерживает при передвижении кто-нибудь из персонала.</p> <p>В случае отсутствия каталки или невозможности её использования пациента переносят на носилках вручную не менее 4-х человек. При появлении усталости у медицинского работника необходимо сообщить остальным участникам транспортировки, так как уставшие пальцы могут</p>

	<p>непроизвольно расслабиться.</p> <p>При транспортировке тяжелобольного пациента из операционной в отделение контроль за транспортировкой осуществляет медицинская сестра – анестезистка.</p> <p>Все перемещения осуществлять с соблюдением правил биомеханики тела.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Удовлетворённость пациента.</p> <p>Отсутствие видимых ухудшений самочувствия пациента.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент (если он находится в сознании) должен быть информирован о предстоящей транспортировке. Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели транспортировки.</p> <p>Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на транспортировку не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Пациент своевременно транспортирован в соответствующее отделение – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ врача – 0</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 3,0.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствуют</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

33. УХОД ЗА КОЖЕЙ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ПАЦИЕНТА

Код технологии		Название технологии
A14.01.001		Уход за кожей тяжелобольного пациента
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Младший медицинский персонал лечебного учреждения в сопровождении среднего медицинского работника 3) Специально обученный персонал, не имеющий медицинского образования, в сопровождении медицинского работника.
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Отсутствуют

5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для обработки рук. Антисептическое средство для обработки кожи пациента. Дезинфицирующее средство. Моющий (очищающий) раствор для обработки кожи тяжелобольного пациента. Лоток.
5.6	Прочий расходуемый материал	Ёмкость с водой (t 37°) Фартук непромокаемый одноразовый Одноразовые салфетки из нетканого материала. Полотенце. Простыня. Контейнер для дезинфекции. Увлажняющий крем или присыпка для кожи. Перчатки не стерильные. Клеёнка подкладная. Пелёнка – 1 шт. Мыло (25г) или жидкое. Мешок для грязного белья. Водный термометр. Ширма Косынка Шампунь Чистое нательное бельё.
6.	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
	Алгоритм выполнения обработки тела пациента	
	I. Подготовка к процедуре.	
	1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.	
	2. Подготовить всё необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности.	
	3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки.	
	4. Надеть одноразовый фартук.	
	5. Раздеть пациента до пояса и накрыть оголённую часть туловища про-	

стынѐй.

II. Выполнение процедуры.

1. В моющем растворе для обработки кожи пациента смочить одноразовую салфетку и протереть кожу лица в следующей последовательности: веки, лоб, щѐки, нос, уши, область вокруг рта, подбородок, шея. Поместить салфетку в лоток.
2. Полотенцем обернуть кисть своей руки и ладонной поверхностью вытереть лицо и шею пациента.
3. Положить пациенту на грудь и под руку с противоположной то медработника стороны чистое полотенце.
4. Взять чистую салфетку, вымыть ею руку пациента с противоположной от медработника стороны. Мытьѐ начинать с кисти, поддерживая её снизу своей рукой. Затем вымыть руку выше, до подмышечной впадины и вытереть насухо. Салфетку поместить в лоток.
5. То же повторить с другой рукой новой салфеткой.
6. Скатать простынь, лежащую на груди пациента. Протереть чистой салфеткой грудь и живот сверху вниз, до паховой области. Во время мытья следить за тем, чтобы не сместить и не намочить любые повязки, дренажи, канюли.
7. Затем вытереть насухо грудь и живот, накрыть сухой простынѐй.
8. Повернуть пациента поочерѐдно на левый и правый бок, обтереть и просушить кожу спины новыми салфетками.
9. Обнажить нижнюю часть туловища. Подложить один конец полотенца под ногу пациента с противоположной от медработника стороны, а другим концом накрыть вторую его ногу и область гениталий. Начинать мытьѐ ноги с противоположной от медработника стороны, продвигая салфетку от области коленного сустава вверх.
10. Перейти к мытью ноги от колена вниз, к лодыжке. Вымыть стопу и межпальцевые промежутки. Ногу при мытье приподнять, чтобы не оставалось недоступных мест необходимо поддерживать её в области лодыжки. Заменить салфетку. Для каждой ноги – новая салфетка. Салфетки поместить в лоток.
11. Вытереть насухо ногу от бедра до лодыжки, а затем стопу и межпальцевые промежности; повторить те же манипуляции на другой стороне.

III. Окончание процедуры.

1. Надеть на пациента чистое нательное бельѐ.
2. Придать пациенту удобное положение в постели.
3. Накрыть пациента одеялом.
4. Поместить использованное бельѐ в непромокаемый мешок.
5. Снять фартук, перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции.
6. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
7. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в меди-

цинскую документацию.

Алгоритм выполнения мытья головы

I. Подготовка к процедуре:

1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.
2. Подготовить всё необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки.
4. Надеть одноразовый фартук.

II. Выполнение процедуры.

1. Расчесать волосы пациенту. Удалить все заколки, шпильки. Снять очки.
2. Поставить в изголовье кровати с той стороны, где вы работаете, стул; пустую ёмкость для воды поставить на стул.
3. Наполнить другую ёмкость тёплой водой, поставить рядом.
4. Подстелить под голову и плечи пациента клеёнку, конец которой опустить в ёмкость, стоящую на стуле; по краю клеёнки, вокруг головы положить свёрнутое валиком полотенце.
5. Глаза пациента закрыть полотенцем или клеёнкой.
6. Наполнить кувшин водой и аккуратно смочить волосы пациента.
7. Нанести немного шампуня и обеими руками вымыть волосы, бережно массируя кожу головы пациента.
8. Налить в кувшин воду и смыть весь шампунь (если пациент просит, вымойте его волосы шампунем ещё раз).
9. Развернуть чистое сухое полотенце, поднять голову пациента и вытереть его волосы насухо. Если ему холодно, оберните голову в полотенце, или косынкой.

III. Окончание процедуры.

1. Клеёнку, полотенце, лежащие под головой положить в непромокаемый мешок.
2. При необходимости сменить простыню.
3. Расчесать волосы пациента. Предложить ему зеркало.
4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

7.

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

Уход за полостью рта тяжелобольного является самостоятельной простой медицинской услугой (А14.07.002), поэтому описание данной процедуры здесь не проводится. Однако уход за кожей тяжелобольного пациента всегда сопровождается уходом за полостью рта.

	<p>Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного является самостоятельной простой медицинской услугой (А14.31.007), поэтому описание данной процедуры здесь не проводится. Однако уход за кожей тяжелобольного пациента всегда сопровождается уходом за промежностью и наружными половыми органами.</p> <p>Обработку кожи чистой водой проводить ежедневно, обработку с мылом 1 раз в 3 дня, еженедельно проводится гигиенический душ или ванна (если позволяет состояние пациента). У женщин особое внимание уделять состоянию кожи под молочными железами.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка Кожа пациента чистая. Пациент чувствует себя комфортно.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация об осуществлении ухода за кожей, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры</p> <p>Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Кожа пациента чистая – Гигиеническое состояние пациента удовлетворительное – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 4,0.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствуют</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

34. УХОД ЗА ВОЛОСАМИ, НОГТЯМИ, БРИТЬЁ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ПАЦИЕНТА

Код технологии		Название технологии
A14.01.002		Уход за волосами, ногтями, бритьё тяжелобольного пациента
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Младший медицинский персонал
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Отсутствуют
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Спирт этиловый 70 % - 5 мл.

		Антисептическое средство. Дезинфицирующее средство.
5.6	Прочий расходуемый материал	Полотенце. Перчатки не стерильные. Мыло, шампунь, крем для бритья, крем после бритья, крем для рук. Ёмкость для дезинфекции. Марлевые салфетки. Щётка для волос. Расчёска. Мешок для грязного белья. Бритвенный станок (одноразовый) Ножницы маникюрные Ёмкость для воды.
6.	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Алгоритм выполнения мытья головы I. Подготовка к процедуре: 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Подготовить всё необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Надеть одноразовый фартук. Надеть перчатки. II. Выполнение процедуры. 1. Расчесать волосы пациенту. Удалить все заколки, шпильки. Снять очки. 2. Поставить в изголовье кровати с той стороны, где вы работаете, стул; пустую ёмкость для воды поставить на стул. 3. Наполнить другую ёмкость тёплой водой, поставить рядом. 4. Подстелить под голову и плечи пациента клеёнку, конец которой опустить в ёмкость, стоящую на стуле; по краю клеёнки, вокруг головы положить свёрнутое валиком полотенце. 5. Глаза пациента закрыть полотенцем или клеёнкой. 6. Наполнить кувшин водой и аккуратно смочить волосы пациента. 7. Нанести немного шампуня и обеими руками вымыть волосы, бережно массируя кожу головы пациента. 8. Налить в кувшин воду и смыть весь шампунь (если пациент просит, вымойте его волосы шампунем ещё раз). 9. Развернуть чистое сухое полотенце, поднять голову пациента и вытереть его волосы насухо. Если ему холодно, оберните голову в полотенце, или косынкой.	

III. Окончание процедуры.

1. Клеёнку, полотенце, лежащие под головой положить в непромокаемый мешок.
2. При необходимости сменить простыню.
3. Расчесать волосы пациента. Предложить ему зеркало.
4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

Алгоритм ухода за ногтями тяжелобольного

I. Подготовка к процедуре.

1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры.
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
3. Наполнить ёмкость тёплой водой, помочь пациенту вымыть руки с мылом.
4. Положить руки пациента на полотенце и вытереть их насухо.
5. Надеть перчатки.

II. Выполнение процедуры.

1. Подстричь ножницами ногти.
2. Нанести крем на руки пациента.
3. Положить полотенце в мешок для белья.

III. Окончание процедуры.

1. Удобно расположить пациента в постели.
2. Ножницы поместить в ёмкость для дезинфекции.
3. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции.
4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

Алгоритм бритья тяжелобольного

I. Подготовка к процедуре.

1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры.
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
3. Надеть перчатки.

II. Выполнение процедуры.

1. Нанести крем для бритья на кожу пациента. Пальцами одной руки натягивать кожу лица, другой осуществлять бритьё прямыми движениями от подбородка к щекам.
2. Предложить пациенту воспользоваться лосьоном после бритья.
3. Предложить пациенту зеркало после бритья.

III. Окончание процедуры.

1. Поместить станок и помазок в ёмкость для дезинфекции, утилизиро-

	<p>вать станок.</p> <p>2. Удобно расположить пациента в постели.</p> <p>3. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции.</p> <p>4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>После мытья головы, особенно женщинам с длинными волосами следует надеть на голову полотенце или косынку, чтобы избежать переохлаждения.</p> <p>При обработке ногтей на ногах следует стричь их прямо, не закругляя углы для предупреждения врастания.</p> <p>При повреждении кожи пациента следует обработать её 70 % спиртом.</p> <p>Бритьё тяжелобольного пациента рекомендовано выполнять электробритвой для уменьшения раздражения и риска инфицирования кожи.</p> <p>При выполнении всего комплекса процедур представиться следует один раз.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Пациент опрятен.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры.</p> <p>Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Кожа пациента и его волосы чистые. – Гигиеническое состояние пациента удовлетворительное – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 2,0.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствуют</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

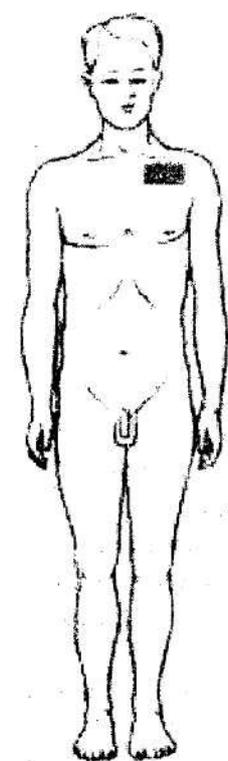
35. ПОСТАНОВКА ГОРЧИЧНИКОВ

Код технологии		Название технологии
A14.01.003		ПОСТАНОВКА ГОРЧИЧНИКОВ
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные Санаторно-курортные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Профилактическое Лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Горчичники. Лоток.
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство.
5.6	Прочий расходуемый материал	Пелёнка.

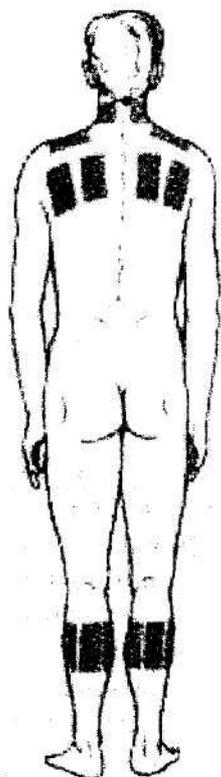
		<p>Часы. Салфетка. Ёмкость для воды. Мыло. Ёмкость для дезинфекции. Термометр водный.</p>
<p>6.</p>	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм постановки горчичников</p> <p>I. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. Уточнить отсутствие аллергии на горчицу. В случае наличия аллергии – обратиться к врачу. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Осмотреть кожу на предмет отсутствия повреждений, гнойничков, сыпи. 4. Проверить пригодность горчичников: горчица не должна осыпаться с бумаги и иметь специфический (резкий) запах. При использовании горчичников, сделанных по другим технологиям (например, пакетированная горчица) проверить срок годности. 5. Подготовить оснащение. Налить в лоток тёплую (40-45 °) воду. 6. Помочь пациенту лечь на живот (при постановке горчичников на спину) и принять удобную позу, голова пациента должна быть повернута на бок. Помочь пациенту обнажить место постановки горчичников. Выбрать место для постановки горчичников. Для детей грудного возраста расстелить одеяло, пелёнку, подгузник, сверху ещё одну пелёнку, сложенную в несколько слоёв. Распеленать (раздеть) ребёнка и положить на подготовленные пелёнки. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Погрузить горчичник в тёплую воду не менее чем на 3 сек, дать её стечь. 2. Плотно приложить горчичник к коже стороной, покрытой горчицей. Для ребёнка грудного возраста – положить горчичники черепицей между первым и вторым слоями пелёнки горчичной стороной вверх. Горчичники расположить так, чтобы они оставляли свободными позвоночник и область сердца, обернуть пелёнку с горчичниками вокруг грудной клетки. 3. Повторить пп. 1 – 2., размещая нужное количество горчичников на коже. 4. Укрыть пациента пелёнкой, затем одеялом. 5. Уточнить ощущения пациента и степень гиперемии через 3-5 минут. 6. Оставить горчичники на 10-15 минут, учитывая индивидуальную чувствительность пациента к горчице. 	

	<p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При появлении стойкой гиперемии или нестерпимого жжения (через 10-15 минут) снять горчичники и положить их в подготовленный лоток для использованных материалов. 2. Смочить салфетку в тёплой воде и снять с кожи остатки горчицы. 3. Пелёнкой промокнуть кожу пациента насухо. Помочь ему надеть нижнее бельё, укрыть одеялом и предупредить, чтобы он оставался в постели ещё не менее 20-30 минут и в этот день не принимал ванну или душ. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию. 									
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Необходимо следить за временем выполнения процедуры, так как при более длительном воздействии горчичников возможен химический ожёг кожи с образованием пузырей.</p> <p>Места постановки горчичников зависят от показаний.</p> <p>При повышенной чувствительности кожи горчичники накладывают через бумагу или ткань, при этом сохраняется только тепловой эффект.</p> <p>Избегать область сосков, молочных желёз, позвоночника, родимых пятен.</p>									
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p>									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="228 1182 842 1227">Результат</th> <th data-bbox="842 1182 1457 1227">Оценка</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="228 1227 842 1272">Гиперемия кожи, чувство жжения</td> <td data-bbox="842 1227 1457 1272">Процедура выполнена правильно</td> </tr> <tr> <td data-bbox="228 1272 842 1361">Отсутствие покраснения, нет чувства жжения</td> <td data-bbox="842 1272 1457 1361">Процедура выполнена неправильно, лечебный эффект не достигнут.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="228 1361 842 1485">Признаки химического ожога (появление на коже пузырей)</td> <td data-bbox="842 1361 1457 1485">Процедура выполнена неправильно в связи с несоблюдением времени постановки горчичников.</td> </tr> </tbody> </table>	Результат	Оценка	Гиперемия кожи, чувство жжения	Процедура выполнена правильно	Отсутствие покраснения, нет чувства жжения	Процедура выполнена неправильно, лечебный эффект не достигнут.	Признаки химического ожога (появление на коже пузырей)	Процедура выполнена неправильно в связи с несоблюдением времени постановки горчичников.	
Результат	Оценка									
Гиперемия кожи, чувство жжения	Процедура выполнена правильно									
Отсутствие покраснения, нет чувства жжения	Процедура выполнена неправильно, лечебный эффект не достигнут.									
Признаки химического ожога (появление на коже пузырей)	Процедура выполнена неправильно в связи с несоблюдением времени постановки горчичников.									
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры.</p> <p>Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p>									
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации – Отсутствие осложнений 									

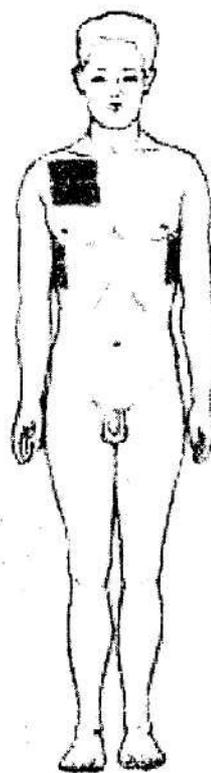
	<ul style="list-style-type: none"> – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,5.
12.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги См. приложение 1.
13.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствуют



а



б



в

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

36. ПОСТАНОВКА БАНОК

Код технологии		Название технологии
A14.01.004		ПОСТАНОВКА БАНОК
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	При постановке банок необходимо соблюдать правила противопожарной безопасности: <ul style="list-style-type: none"> - исключить контакт кожи пациента и постельного белья с источником открытого огня; - использовать достаточно плотный фитиль, исключая ожог пациента вследствие отрыва горячей ваты; фитиль должен иметь металлический стержень; - горючее вещество, которым смочен фитиль, не должно капать с него. Исключить контакт кожи и волос па-

		циента с источником открытого огня. До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Медицинские банки – от 10 до 20 шт. Корнцанг
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Спирт этиловый 70 % - 20 мл. Вазелин – 10 гр. Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство.
5.6	Прочий расходуемый материал	Полотенце или пелёнка. Фитиль. Спички. Мыло. Ящик для банок. Ёмкость для дезинфекции. Вата. Часы. Ёмкость с водой.
6.	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Алгоритм постановки банок I. Подготовка к процедуре: 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Убедиться в целостности краёв банок и разместить их в ящике, на столе у постели пациента. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Отрегулировать высоту кровати. 5. Опустить изголовье кровати, помочь пациенту лечь на живот (при постановке банок на спину), предложить повернуть голову на бок, руками обхватить подушку. 6. Длинные волосы пациента (ки) прикрыть пелёнкой.	

7. При наличии волос в месте постановки банок, заручившись согласием пациента, сбрить их.

II. Выполнение процедуры.

1. Приготовить фитиль, скрутив вату на корнцанг.
2. Нанести на кожу тонкий слой вазелина.
3. Смочить фитиль в спирте и отжать его. Флакон закрыть крышкой и отставить в сторону. Вытереть руки.
4. Зажечь фитиль снизу банки.
5. Ввести фитиль в банку, предварительно взятую в другую руку.
6. Удерживать фитиль в полости банки 2-3 сек, извлечь его и быстрым движением приставить банку к коже больного.
7. Повторить этапы 5-6 необходимое, по числу банок, количество раз.
8. Потушить фитиль, погрузив его в воду.
9. Накрывать поверхность банок полотенцем или пелёнкой, а сверху накрыть больного одеялом.
10. Через 3-5 минут проконтролировать эффективность постановки по выраженному (1 и более см.) втягиванию кожи в полость банки и убедиться в отсутствии болевых ощущений у пациента. При неэффективной постановке одной или нескольких банок – снять их и установить повторно.
11. Выдержать экспозицию 10-15 мин.
12. По истечении времени процедуры снять банки (одной рукой отклонить банку в сторону, другой надавить на кожу с противоположной стороны у края банки, после чего снять банку).
13. Салфеткой удалить с кожи пациента вазелин.

III. Окончание процедуры.

1. Помочь пациенту одеться, укрыть одеялом и предупредить, чтобы он оставался в постели ещё не менее 30 мин.
2. Банки продезинфицировать, вымыть тёплой водой и уложить в ящик или лоток.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

7. **Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики**

Типичным местом постановки банок является поверхность грудной клетки, исключая область сердца, область позвоночника и область молочных желёз у женщин.

В практике рефлексотерапии допустима постановка банок на иные зоны тела, с соблюдением общих противопоказаний. Во всех случаях банки должны ставиться на области с выраженным подкожно-жировым и/или мышечным слоём.

В клинической практике разрешается использование альтернативных способов постановки банок. Преимуществами альтернативных спо-

собов является достижение клинического эффекта без использования пламени, снижение материальных затрат, больший психологический комфорт для пациента.

Альтернативными способами постановки банок являются использование:

1. Силиконовых банок, позволяющих после сжатия и контакта с поверхностью кожи пациента создавать дозированное разряжение до 0,5 бар. При этом этапы 10-15 методики выполнения простой медицинской услуги изменяются следующим образом:
 - сдвинуть корпус банки, достигая уменьшения объёма внутренней полости.
 - приложить банку к выбранному месту, обеспечивая плотный контакт плоскости горлышка с кожей пациента.
 - отпустить корпус банки.
2. Методов аппаратной вакуум - терапии, при которых разрежение в полости банки достигается использованием механического или электрического насоса. Использование аппаратов вакуум – терапии производится в соответствии с инструкцией производителя.

Снижение давления на участке коже существенно изменяет нормальное соотношение градиентов гидростатического и онкотического давлений в подлежащих кровеносных и лимфатических сосудах, что приводит к нарастанию конвекционного потока жидкости и двустороннего обмена веществ в зоне микроциркуляции. Нарастание концентрационных градиентов кислорода и диоксида углерода приводит к нарастанию скорости их транскапиллярной диффузии и повышает интенсивность метаболизма подлежащих тканей.

Увеличение проницаемости эндотелия поверхностного сосудистого сплетения дермы, приводит к увеличению количества выходящих в интерстиций нейтрофилов и макрофагов, которые утилизируют продукты воспаления и стимулируют репаративную регенерацию тканей.

Разрыв капилляров в месте постановки приводит к образованию гематомы, вследствие аутолиза которой активизируется биосинтез собственных, в том числе иммунокомпетентных, белков организма.

Раздражение рефлекторных зон кожи приводит, вследствие возникающих кожно-висцеральных рефлексов, к увеличению кровоснабжения внутренних органов, сегментарно связанных с данной областью воздействия.

8. Достижимые результаты и их оценка

Все поставленные банки находятся на коже в течение всей процедуры.

При проведении процедуры пациент не испытывает выраженных болевых ощущений.

После удаления банок на коже визуально определяются гематомы круглой формы, рельефно поднимающиеся над поверхностью кожи.

Целостность кожных покровов пациента не нарушена.

9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры.</p> <p>Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Отсутствие осложнений. – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,0.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствуют</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

37. БРИТЬЁ КОЖИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ИЛИ ПОВРЕЖДЁННОГО УЧАСТКА

Код технологии		Название технологии
A14.01.017		Бритьё кожи предоперационное или повреждённого участка
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Кушетка медицинская. Каталка для перемещения пациента. Манипуляционный столик. Лоток не стерильный.
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют

5.5	Лекарственные средства	Спирт этиловый 70 % или другой. Антисептический раствор - 10.0. Перекись водорода 3 % - 200.0. Раствор бриллиантового зелёного 1 % - 200.0. Раствор йода спиртовой 5 % - 200.0. Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство.
5.6	Прочий расходный материал	Мыло. Ножницы тупоконечные прямые. Подкладная клеёнка (при необходимости) Перчатки не стерильные. Салфетки марлевые не стерильные. Салфетки марлевые стерильные. Депиляционное средство (крем, пенка) Бритвенный станок однократного применения. Ёмкость для сбора волос. Клеёнчатый фартук. Машинка для стрижки волос (при необходимости) Ёмкость для дезинфекции.
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Алгоритм бритья кожи предоперационного или повреждённого участка</p> <p>I. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры (если пациент в сознании). Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Обеспечить конфиденциальность процедуры (пригласить пациента в специально отведённое помещение или установить ширму). 3. Подготовить необходимое оснащение. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Помочь пациенту раздеться и принять необходимое положение (лёжа на спине, животе, сидя на стуле). При необходимости подстелить под площадь обрабатываемой кожи клеёнку. 6. Надеть не стерильные перчатки и клеёнчатый фартук. 7. Оценить состояние кожных покровов в области операционного вмешательства или раневого участка (наличие повреждений, высыпаний, новообразований и признаков инфекции). 8. Определить границы бритья с учётом возможного расширения операционного доступа. 	

	<p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обработать кожу пациента 70 % этиловым спиртом или другим антисептиком, разрешённым к применению. 2. Убедиться, что кожные покровы сухие. 3. Приступить непосредственно к бритью кожных покровов: вести станок вниз, оттягивая кожу вверх, до полного удаления волосяного покрова (при бритье поражённого участка направление движения – от краёв раны наружу, на рану положить стерильную салфетку, чтобы не попали волосы). 4. При загрязнении лезвия волосами удалить их салфеткой. 5. Обработать кожу после бритья спиртом 70 % этиловым спиртом или другим кожным антисептиком. <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поместить волосы в ёмкость для утилизации. 2. Поместить бритвенный станок и другие использованные материалы в контейнер с дезинфицирующим раствором. 3. Снять перчатки, поместить в контейнер с дезинфицирующим раствором. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Необходимо использовать щадящую, бережную технику бритья. Принимать меры для соблюдения приватности.</p> <p>При подготовке пациента к хирургическому вмешательству на голове использовать машинку для стрижки волос.</p> <p>При наличии длинного волосяного покрова на груди, животе, спине и конечностях использовать ножницы.</p> <p>При подготовке операционного поля плановых пациентов использовать депиляционные средства (крем, пенка).</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Качественная и своевременная подготовка операционного поля.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры.</p> <p>Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согла-</p>

	сие не требуется.
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики <ul style="list-style-type: none"> – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Отсутствие осложнений. – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Кoeffициент УЕТ врача – 1,0 Кoeffициент УЕТ медицинской сестры – 1,0.
12.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
13.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствуют

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

38. ПОСТАНОВКА ПИЯВОК

Код технологии		Название технологии
A14.05.001		ПОСТАНОВКА ПИЯВОК
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные Санаторно-курортные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Пинцет анатомический. Банка медицинская или пробирка. Лоток.
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Глюкоза 40 % раствор – 10 мл. Нашатырный спирт 10 % раствор.

		Спирт 70 % - 10 мл. 6-8 подвижных медицинских пиявок.
5.6	Прочий расходуемый материал	Вата. Бинт. Лейкопластырь. Клеёнка Перчатки не стерильные. Ножницы Часы Ватные шарики. Стерильные салфетки. Ёмкость для воды. Ёмкость для дезинфекции.
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм постановки пиявок</p> <p>I. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Помочь пациенту удобно лечь для предстоящей процедуры. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Подготовить необходимое оснащение и оборудование. 5. Выбрать место инъекции. Подстелить клеёнку при необходимости или пелёнку одноразовую под предполагаемую область постановки пиявок. 6. Надеть перчатки. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обработать кожу (место постановки пиявок) вначале 70 % этиловым спиртом (большим по площади, чем нужно для процедуры), стерильной салфеткой или ватным шариком, смоченным в горячей кипячёной воде, протереть кожу до покраснения, меняя шарики 2-3 раза. Кожу осушить стерильной салфеткой. 2. Смочить место постановки пиявок стерильным раствором 40 % глюкозы. 3. Захватить пинцетом пиявку и поместить её в пробирку или банку хвостовым концом вниз. 4. Поднести пробирку или банку к коже или слизистой (в стоматологии), отверстие пробирки или банки плотно приставить к месту присасывания (как только пиявка присосётся, в её передней части появится волнообразное движение). 5. Положить салфетку под заднюю присоску. 6. Повторить п. 3-5 до тех пор, пока не будут поставлены все пиявки. 7. Наблюдать за активностью пиявок: если не движутся, слегка провести по её поверхности пальцем. 	

	<p>8. Приготовить ёмкость с дезинфицирующим раствором, который применяется в лечебно-профилактическом учреждении или с нашатырным спиртом для использования пиявок.</p> <p>9. Снимать пинцетом через 20-30 минут (по назначению врача) все пиявки, проведя по её поверхности ватным шариком, смоченным нашатырным спиртом.</p> <p>10. Поместить снятые пиявки в ёмкость с дезинфицирующим раствором.</p> <p>III. Окончание процедуры.</p> <p>1. Поместить пинцет в ёмкость для дезинфекции.</p> <p>2. Обработать кожу вокруг ранки спиртом.</p> <p>3. Наложить асептическую ватно-марлевую давящую повязку с большим слоем ваты, нельзя менять повязку в течение суток. Если повязка пропиталась кровью, дополнительно вату прибинтовывают сверху. Если через 2-3 дня ранки продолжают кровоточить, то к ним прикладывают стерильный шарик, смоченный крепким раствором калия перманганата или прижигают кристалликами калия перманганата. Если кровотечение прекратилось, обрабатывают ранки 3 % раствором перекиси водорода и накладывают сухую асептическую повязку.</p> <p>4. Фиксировать повязку бинтом или лейкопластырем.</p> <p>5. Убрать клеёнку в непромокаемый мешок.</p> <p>6. Обработать использованные пиявки, убедиться, что число пиявок, поставленных пациенту, и число пиявок, находящихся в ёмкости для дезинфекции совпадает, и спустить их в канализацию.</p> <p>7. Снять перчатки и поместить их в ёмкость для дезинфекции.</p> <p>8. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>9. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Если повязка промокла, снять верхние слои повязки и наложить новый слой асептической ватно-марлевой повязки. Повязку через 24 часа снять или сменить.</p> <p>Места постановки пиявок:</p> <ul style="list-style-type: none"> - область сосцевидных отростков; - область правого подреберья; - левая половина грудной клетки, в шахматном порядке вдоль поражённой вены, копчик. <p>Пиявки используются однократно.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Пациент чувствует себя комфортно после снятия пиявок</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры.</p>

	<p>Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Отсутствие осложнений. – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 3,0.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствуют</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

39. УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА БОЛЬНОГО В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Код технологии		Название технологии
A14.07.001		Уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Лоток. Корнцанг. Пинцет
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для обра-

		ботки рук. Дезинфицирующее средство. Антисептический раствор для обработки полости рта пациента Стерильный глицерин 5 мл. Вазелин – 5 г.
5.6	Прочий расходный материал	Мыло. Чистое полотенце. Тампоны для обработки полости рта. Стерильные марлевые салфетки. Шпатель. Зубная щётка. Резиновый баллончик. Перчатки не стерильные.
6.	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги <p style="text-align: center;">Алгоритм ухода за полостью рта</p> <p>I. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Подготовить необходимое оснащение и оборудование. 4. Расположить пациента в одном из следующих положений: <ul style="list-style-type: none"> - на спине под углом более 45°, если это не противопоказано, или - лёжа на боку, или - лёжа на животе (или спине), повернув голову вбок. 5. Надеть перчатки. 6. Обернуть полотенце вокруг шеи пациента. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Приготовить мягкую зубную щётку (без зубной пасты) для чистки зубов. Смочить её в приготовленном антисептическом растворе. При отсутствии зубной щётки можно использовать марлевую салфетку, закреплённую на зажиме или пинцете. 2. Произвести чистку зубов, начиная с задних зубов, и последовательно вычистить внутреннюю, верхнюю и наружную поверхность зубов, выполняя движения вверх-вниз в направлении от задних к передним зубам. Повторить те же действия с другой стороны рта. Процедура повторяется не менее двух раз. Использовать шпатель для обнажения зубов. 3. Сухими тампонами промокнуть ротовую полость пациента для удаления остатков жидкости и выделений из полости рта. 4. Попросить больного высунуть язык. Если он не может этого сделать, то необходимо обернуть язык стерильной марлевой салфеткой и ле- 	

	<p>вой рукой осторожно вытянуть его изо рта.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть язык, снимая налёт, в направлении от корня языка к его кончику. Отпустить язык, сменить салфетку. 6. Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть внутреннюю поверхность щёк, пространство под языком, дёсны пациента. 7. При сухости языка смазать его стерильным глицерином. 8. Обработать последовательно верхнюю и нижнюю губы тонким слоем вазелина (для профилактики трещин на губах). <p>III. Завершение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Убрать полотенце. Разместить пациента в удобном положении. 2. Собрать принадлежности по уходу и доставить в специальную комнату для дальнейшей обработки. 3. Снять перчатки и поместить их в контейнер для дезинфекции. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>При сухости во рту или галитозе (неприятный запах) рот следует промывать 15-30 мл стандартного состава для полоскания рта (на 1 л воды 1 чайная ложка пищевой соды, 1 чайная ложка соли, мятная вода для запаха) через каждые 2-4 часа.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Отсутствие у пациента скопления секрета в полости рта, отсутствие патологических изменений слизистых полости рта.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Отсутствие осложнений. – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной меди-

	цинской услуги.
11.	Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 2,0.
12.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
13.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствуют

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

40. УХОД ЗА РЕСПИРАТОРНЫМ ТРАКТОМ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ

Код технологии	Название технологии	
A14.08.001	Уход за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции лёгких	
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего профессионального образовательного учреждения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Стационарные Транспортировка в условиях «скорой медицинской помощи»	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное Профилактическое	

5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	<p>Функциональная кровать. Манипуляционный столик. Аппарат для аспирации (стационарный или портативный). Комплект стерильных силиконовых трубок для электроотсоса. Катетер стерильный аспирационный с вакуум – контролем, длина 60 см. Катетер стерильный аспирационный. Роторасширитель. Языкодержатель. Зажим. Пинцет стерильный. Лоток стерильный. Шприц 20 мл. Шприц 10 мл.</p>
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	<p>Спирт этиловый 70 % - 10 мл. Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство. Стерильный раствор натрия хлорида 0,9 % для промывания или стерильная вода – 400 мл. Стерильный раствор натрия хлорида 0,9 % - 10 мл (подогретый до 37 °С). Глицерин стерильный – 10 мл.</p>
5.6	Прочий расходный материал	<p>Стерильные перчатки Не стерильные перчатки. Жидкое мыло с дозатором. Маска. Очки защитные. Фартук. Стерильные марлевые салфетки. Ёмкость для дезинфекции. Шпатель стерильный.</p>
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Алгоритм ухода за респираторным трактом</p> <p>I. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оценить уровень сознания пациента, состояние респираторной системы, основные показатели жизнедеятельности. 2. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры (если он в сознании), получить согласие. 	

3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Выполнить процедуры, способствующие отделению мокроты (постуральный дренаж, вибрационный массаж грудной клетки).
5. Подготовить необходимое оборудование.
6. Отключить аварийную сигнализацию аппарата искусственной вентиляции лёгких.
7. Надеть защитную одежду (фартук, маску, очки).
8. Надеть стерильные перчатки.

II. Выполнение процедуры.

1. Открыть упаковку со стерильным аспирационным катетером. Катетер по размеру не должен превышать больше чем наполовину внутреннего диаметра эндотрахеальной или трахеостомической трубки.
2. Открыть контейнер для отсасывания, наполнить стерильным физиологическим раствором.
3. Присоединить стерильный катетер для отсасывания к соединяющей трубке электроотсоса.
4. Проверить уровень давления, приложив большой палец левой руки к датчику на выходном отверстии катетера.
5. Провести преоксигенацию 100 % кислородом в течение 2-3 минут.
6. Обработать стерильным марлевым тампоном, смоченным 70° спиртом, место соединения интубационной трубки и катетера.
7. Отсоединить аппарат искусственной вентиляции лёгких от пациента.

Санация трахеи и бронхов:

8. Осторожно ввести стерильный катетер в эндотрахеальную или трахеостомическую трубку до упора при выключенном электроотсосе. При санации правого бронха голову поворачивать налево, при санации левого бронха – направо. Включить электроотсос и осторожными вращательными движениями извлечь катетер из дыхательных путей, проводя отсасывание.
9. Следить за жизненными функциями. При снижении сатурации кислорода ниже 94-90 %, появлении брадикардии, нарушении ритма и других осложнений немедленно прекратить процедуру, провести вентиляцию 100 %-м кислородом, сообщить врачу.
10. Опустить катетер в стерильный физиологический раствор и провести отсасывание для удаления сгустков и мокроты из катетера. Аспирацию повторять неоднократно до восстановления свободной проходности дыхательных путей. НЕ ПРОВОДИТЬ ОТСАСЫВАНИЕ более 10-15 с. В интервалах между аспирацией проводить искусственную вентиляцию лёгких аппаратом.

Уход за манжетой:

11. Проверить раздувание манжеты трубки путём сжатия между большим и указательным пальцами.
12. Выпустить воздух из манжеты при помощи шприца.
13. Провести аспирацию из трахеи по вышеуказанной методике.

	<p>14. Раздуть манжету воздухом с помощью шприца до создания герметичности.</p> <p>Манипуляцию проводить каждые 2-4 часа</p> <p>Перед удалением воздуха из манжеты убедиться в отсутствии содержимого в носоглотке и ротоглотке.</p> <p>При необходимости, перед аспирацией, провести <i>санацию верхних дыхательных путей</i>:</p> <p>15. Стерильными катетерами поочерёдно аспирировать содержимое носовых ходов. Содержимое каждого из носовых ходов и ротоглотки аспирировать разными катетерами. Для открытия рта использовать роторасширитель, для отведения языка – языкодержатель, для отведения щёк – шпатель. Для обработки полости рта стерильным физиологическим раствором использовать стерильные марлевые тампоны, пинцет и зажим.</p> <p>16. Носовые ходы обработать стерильным физиологическим раствором.</p> <p>17. Повторить аспирацию катетером содержимого ротовой полости до полного его удаления.</p> <p>18. Использованные инструменты, изделия медицинского назначения и расходные материалы поместить в ёмкость с дезинфицирующим раствором.</p> <p>При наличии у пациента трахеостомы сделать перевязку трахеостомической раны (смена повязки проводится каждые 8 часов).</p> <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установить скорость подачи кислорода на уровень, предписанный до отсасывания. 2. Оценить состояние дыхательной системы и жизненные показатели. 3. Выключить аппарат для отсасывания. 4. Обернуть катетер для отсасывания вокруг руки в стерильной перчатке. 5. Отсоединить катетер для отсасывания от соединяющей трубки. 6. Снять перчатку, обернуть её поверх катетера. 7. Поместить использованные материалы в ёмкость с дезинфицирующим раствором. 8. Проверить герметичность дыхательного контура, правильность нахождения трубки, наличие жидкости в увлажнителе дыхательного аппарата. 9. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 10. Включить аварийную сигнализацию аппарата искусственной вентиляции лёгких. 11. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>При наличии густой, вязкой мокроты и обструкции мелких бронхов, провести лаваж.</p>

8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>У пациента отмечается восстановление проходимости дыхательных путей: отсутствие хлюпающих звуков из трубки при дыхании; проведение лёгочного звука по всем лёгочным полям при аускультации; у пациента отсутствуют инфекции дыхательных путей; пациент может свободно дышать через трахеостому; кожа вокруг трахеостомической трубки без видимых изменений.</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Частота дыхания</td> <td style="text-align: center;">Оценка результатов</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">14-20</td> <td style="text-align: center;">норма</td> </tr> <tr> <td>Уменьшение сопротивления на вдохе не более 10-15 мм вод.ст.</td> <td style="text-align: center;">норма</td> </tr> <tr> <td>Сатурация кислорода не ниже 94-96 %</td> <td style="text-align: center;">норма</td> </tr> </table>	Частота дыхания	Оценка результатов	14-20	норма	Уменьшение сопротивления на вдохе не более 10-15 мм вод.ст.	норма	Сатурация кислорода не ниже 94-96 %	норма
Частота дыхания	Оценка результатов								
14-20	норма								
Уменьшение сопротивления на вдохе не более 10-15 мм вод.ст.	норма								
Сатурация кислорода не ниже 94-96 %	норма								
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Необходимо письменное согласие в истории болезни на интубацию трахеи, по возможности самого пациента или его законных представителей. При невозможности получить такое согласие из-за тяжести состояния больного и отсутствия времени на поиск законных представителей решение принимается консилиумом врачей в составе лечащего врача, анестезиолога-реаниматолога, заместителя гл. врача по медицинской части учреждения или дежурного администратора. При невозможности собрать консилиум, вопрос решает лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения. <i>Медицинская сестра</i> должна убедиться в наличии письменного согласия или решения консилиума на интубацию, которое предусматривает необходимость ухода за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции лёгких.</p>								
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Отсутствие осложнений. – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги. – Уменьшение сроков пребывания пациента на искусственной вентиляции лёгких. 								
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 2,0.</p>								
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>								
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация</p>								

(при необходимости)
Отсутствуют

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

41. УХОД ЗА НАЗОГАСТРАЛЬНЫМ ЗОНДОМ, НОСОВЫМИ КАНЮЛЯМИ И КАТЕТЕРОМ

Код технологии		Название технологии
A14.08.003		Уход за назогастральным зондом, канюлями и катетером
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего профессионального образовательного учреждения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Стационарные Амбулаторно-поликлинические	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное. Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изде-	Шприц на 30 или 60 мл (шприц Жанэ)

	лия медицинского назначения	Фонендоскоп. Лоток. Зажим. Зонд назогастральный.
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Вазелин – 5 г. Физиологический раствор или специальный раствор для промывания – 500; 1000 мл. Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство.
5.6	Прочий расходный материал	Не стерильные перчатки. Стерильные марлевые салфетки. Ёмкость для промывания катетера Мыло. Ёмкость для дезинфекции. Пластырь.
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Алгоритм ухода за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером</p> <p>I. Подготовка к процедуре:</p> <p>9. Представиться пациенту, объяснить ход и цель предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от зонда (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений.</p> <p>10. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>11. Надеть перчатки.</p> <p>II. Выполнение процедуры.</p> <p>19. Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления.</p> <p>20. Проверить месторасположение зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке.</p> <p>21. Присоединить шприц с 10-20 куб. см (10 куб. см для детей) воздуха к назогастральному зонду и ввести воздух, одновременно выслушивая звуки в области эпигастрия при помощи стетоскопа (булькающие звуки).</p> <p>22. Очистить наружные носовые ходы увлажнёнными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом (исключение – манипуляции, связанные с оксигенотерапией).</p>	

	<p>23.Каждые 4 часа выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы.</p> <p>24.Каждые 3 часа (по назначению врача) промывать зонд 20-30 мл физиологического раствора. Для этого подсоединить шприц, наполненный физиологическим раствором, к зонду, медленно и аккуратно ввести жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию жидкости, обратить внимание на её внешний вид и вылить в отдельную жидкость.</p> <p>III. Окончание процедуры.</p> <p>12.Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнён.</p> <p>13.Продезинфицировать и утилизировать использованные материалы. Обработать мембрану фонендоскопа дезинфектантом или антисептиком.</p> <p>14.Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции.</p> <p>15.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>16. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.</p>
7.	Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики Отсутствуют
8.	Достижимые результаты и их оценка Отсутствие видимых изменений (раздражений) со стороны слизистых оболочек носа. Проходимость зонда.
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики <ul style="list-style-type: none"> – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Отсутствие осложнений. – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги

	<p>Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,5.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствуют</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

42. УХОД ЗА СОСУДИСТЫМ КАТЕТЕРОМ

Код технологии		Название технологии
A14.12.001		Уход за сосудистым катетером
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное. Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Стерильный пинцет. Столик манипуляционный. Шприц на 10 мл. Центральный или периферический сосудистый катетер с вводным устройством. Фонендоскоп. Лоток.
5.2	Реактивы	Отсутствуют

5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Гепаринизированный раствор (0,1 мл гепарина на 1 мл физиологического раствора) Физиологический раствор 5,0 мл. Антисептическое средство для обработки кожи. Спирт этиловый 70 % - 5 мл. Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство.
5.6	Прочий расходуемый материал	Ёмкость для дезинфекции. Стерильные марлевые тампоны. Стерильные марлевые салфетки. Не стерильные перчатки. Стерильные ватные шарики. Маска. Пластырь.
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Алгоритм ухода за сосудистым катетером (центральным) – смена повязки.</p> <p>I. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Надеть маску. 4. Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещённым на нём необходимым оснащением. 5. Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лёжа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную сторону. 6. Освободить от одежды место установки катетера. 7. Надеть не стерильные перчатки. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Снять повязку и положить в непромокаемый пакет/контейнер. 2. Положить на кожу вокруг катетера стерильную пелёнку. 3. Осмотреть и пропальпировать место вокруг катетера. <p><i>Примечание:</i> при наличии признаков воспаления организовать вызов врача.</p>	

4. Убедиться, что катетер закреплён.
5. Обработать кожу вокруг катетера кожным антисептиком: марлевым/ватным шариком, с помощью пинцета от периферии к центру.
6. Наложить стерильную повязку и зафиксировать её бактерицидным пластырем/ лейкопластырем или самоклеющейся повязкой. Закрепить катетер.

III. Окончание процедуры.

1. Снять использованные перчатки, положить их в непромокаемый пакет/контейнер.
2. Доставить использованный материал в процедурный кабинет.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

Алгоритм выполнения ухода за сосудистым катетером (центральным) – промывание катетера

I. Подготовка к процедуре:

1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача.
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
3. Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещённым на нём необходимым оснащением.
4. Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лёжа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную сторону.
5. Освободить от одежды место установки катетера.
6. Набрать в шприц объём 5 см^3 5,0 мл физиологического раствора или 2 мл гепаринизированного раствора.
7. Надеть не стерильные перчатки.

II. Выполнение процедуры.

1. Попросить пациента сделать вдох, задержать дыхание.
2. Снять заглушку и положить её на стерильную салфетку, находящуюся в стерильном лотке.
3. Соединить шприц с катетером, (пациент может дышать) и ввести раствор.

Примечание: до введения раствора убедитесь, что катетер находится в сосуде: потянуть легко поршень на себя (появилась кровь), ввести содержимое шприца. При затруднении прохождения раствора при нажатии на поршень организовать вызов врача.

4. Обработать заглушку и конец катетера кожным антисептиком, попросить пациента сделать вдох-выдох, задержать дыхание и закрыть за-

	<p>глушкой катетер. Пациент может дышать.</p> <p>5. Убедиться, что катетер закреплён.</p> <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Снять использованные перчатки, положить их в непромокаемый пакет/контейнер. 2. Доставить использованный материал в процедурный кабинет для дальнейшей дезинфекции и утилизации. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию. <p><i>Примечание:</i> промывание катетера производится 2 раза в сутки (утро/вечер) и после каждого введения лекарственного средства в катетер.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>При проведении процедуры с катетером, находящимся в периферической вене, пациент может сидеть или лежать на спине, рука, в вене которой находится катетер расположена вдоль туловища: если катетер расположен в кубитальной или в вене предплечья – ладонью вверх, если в венах кисти – ладонью вниз. Снятие заглушки не связано с фазой дыхания.</p> <p>При оказании процедуры, с катетером находящимся в бедренной вене, ножной конец кровати опущен на 25°. Снятие заглушки не связано с фазой дыхания.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Катетер промыт, проходим, повязка заменена, раздражения воспаления под повязкой не наблюдается.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Отсутствие осложнений.

	– Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 2,0.
12.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
13.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствуют

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

43. ПОСОБИЕ ПРИ ГАСТРОСТОМАХ

Код технологии		Название технологии
A14.16.001		ПОСОБИЕ ПРИ ГАСТРОСТОМАХ
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Стационарные Амбулаторно-поликлинические	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное. Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Функциональная кровать. Зонд желудочный. Зажим для зонда. Шприц Жанэ.
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют

5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство. Лекарственные препараты/питательная смесь по назначению врача.
5.6	Прочий расходный материал	Не стерильные перчатки. Пластырь. Салфетки. Мыло. Полотенце. Мешок для сбора белья. Мешок для сбора отработанного материала. Ёмкость с тёплой водой. Воронка. Ёмкость для дезинфекции.
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм пособия при гастростомах</p> <p>I. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры пациенту или его семье. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Помочь пациенту занять высокое положение. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Подготовить необходимое оборудование и оснащение, питательную смесь. 5. Надеть не стерильные перчатки. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Снять повязку и положить в пакет или мешок для использованного материала. 2. Положить полотенце под наружную часть гастростомической трубки на эпигастральную область. 3. Провести визуальный осмотр наружной части гастростомической трубки и окружающей гастростоме кожи. 4. Присоединить шприц Жанэ к гастростомической трубке, снять зажим. 5. Проводить вливание смеси в капельном или струйном режиме. После вливания питательной смеси или растворов, промыть трубку 30,0 – 50,0 кипячёной водой. 6. Закрывать зажимом гастростомическую трубку и отсоединить шприц. 7. Вымыть кожу пациента с мылом вокруг гастростомы, насухо промокнуть её салфеткой. 8. Обработать перчатки антисептическим средством. 9. Проверить состояние кожи, её цвет в области стомы и саму гастро- 	

	<p>стому на предмет выявления отёка вокруг трубки или появления свища и других изменений.</p> <p>10. Наложить слой мази, пасты или защитного геля для кожи по назначению врача.</p> <p>11. Наложить стерильную салфетку или одноразовую запатентованную липкую повязку-наклейку вокруг гастростомической трубки.</p> <p>12. Прижать вокруг гастростомы повязку-наклейку, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения (желудочный сок) из гастростомы.</p> <p>13. Аккуратно закрепить пластырем к коже пациента поверх повязки наружную часть гастростомической трубки.</p> <p>III. Окончание процедуры.</p> <p>1. Поместить использованный перевязочный материал в ёмкость для дезинфекции. Утилизировать.</p> <p>2. Убрать полотенце и поместить его в мешок для использованного белья.</p> <p>3. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции.</p> <p>4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.</p>
7.	Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики Отсутствуют
8.	Достижимые результаты и их оценка Оценить степень участия пациента в удовлетворении функции питания и ухода за гастростомой. Кожа вокруг стомы без видимых изменений.
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Отсутствие осложнений.

	– Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,5.
12.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
13.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствуют

* - в случае выполнения услуги в составе сложной медицинской услуги данные требования исключаются.

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

44. УХОД ЗА НАЗОГАСТРАЛЬНЫМ ЗОНДОМ

Код технологии		Название технологии
A14.16.002		Уход за назогастральным зондом
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего профессионального образовательного учреждения по специальностям: 040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0402 Акушерское дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Стационарные Амбулаторно-поликлинические	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное. Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изде-	Шприц на 30 или 60 мл (шприц Жанэ)

	лия медицинского назначения	Фонендоскоп Лоток. Зажим. Зонд назогастральный.
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство. Физиологический раствор или специальный раствор для промывания ёмкостью 500 мл или 1000 мл. Вазелин – 5 г.
5.6	Прочий расходный материал	Не стерильные перчатки. Пластырь. Стерильные марлевые салфетки. Мыло. Ёмкость для дезинфекции. Ёмкость для промывания.
6.	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
	<p style="text-align: center;">Алгоритм ухода за назогастральным зондом</p> <p>I. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от зонда (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Надеть перчатки. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления. 2. Проверить месторасположение зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке. 3. Присоединить шприц с 10-20 куб. см (10 куб. см для детей) воздуха к назогастральному зонду и ввести воздух, одновременно выслушивая звуки в области эпигастрия при помощи стетоскопа (булькающие звуки). 4. Очистить наружные носовые ходы увлажнёнными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом (исключение – манипуляции, связанные с оксигенотерапией). 5. Каждые 4 часа выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость 	

	<p>рта и губы.</p> <p>6. Каждые 3 часа (по назначению врача) промывать зонд 20-30 мл физиологического раствора. Для этого подсоединить шприц, наполненный физиологическим раствором, к зонду, медленно и аккуратно ввести жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию жидкости, обратить внимание на её внешний вид и вылить в отдельную жидкость.</p> <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнён. 2. Продезинфицировать и утилизировать использованные материалы. Обработать мембрану фонендоскопа дезинфектантом или антисептиком. 3. Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. <p>Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Отсутствуют</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Отсутствие видимых изменений (раздражений) со стороны слизистых оболочек носа.</p> <p>При кормлении пища свободно проходит по зонду.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Отсутствие осложнений. – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ врача – 0.</p>

	Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,5.
12.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
13.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствуют

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

45. ПОСОБИЕ ПРИ ИЛЕОСТОМЕ

Код технологии		Название технологии
A14.17.001		ПОСОБИЕ ПРИ ИЛЕОСТОМЕ
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0406 Сестринское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Стационарные Амбулаторно-поликлинические	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное. Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Калоприёмник.
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты	Отсутствуют

	раты и реагенты	
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство. Спирт этиловый 70 % 5 мл. Стерильный физиологический раствор 0,9 % - 500 мл. Гель для кожи.
5.6	Прочий расходный материал	Стерильные марлевые салфетки (ватные шарики). Салфетки. Одноразовые полиэтиленовые пакеты. Зажим для мешка. Мешок для использованного белья. Не стерильные перчатки. Пластырь. Мыло. Ведро. Полотенце или простыня. Ёмкость для воды. Ёмкость для дезинфекции.
6.	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
	Алгоритм пособия при илеостоме	
	<p>I. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера или попросить его встать, обернуть его простынёй или пелёнкой ниже стомы для ограничения манипуляционного поля. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Подготовить необходимое оборудование и оснащение. 5. Надеть не стерильные перчатки. 6. Приготовить чистый калоприёмник: на бумаге, которая сверху покрывает нижнюю, прилипающую к коже сторону, начертить окружность диаметром на 2-3 мм шире, чем стома; на неё положить клеящее вещество или липкий двусторонний диск, соответствующий типу калоприёмника. 7. Подготовить защитное приспособление для кожи, с отверстием строго соответствующим по диаметру отверстию стомы. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Отсоединить и осторожно удалить старый калоприёмник в полиэтиленовый пакет или ведро. 2. Вымыть кожу пациента водой с мягким (жидким) мылом, высушить 	

	<p>марлевой салфеткой.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Проверить состояние кожи, её цвет в области стомы и саму стому на предмет выявления отёка или изъязвления. 4. Наложить окклюзионное защитное приспособление для кожи, если оно не применяется, обработать кожу защитным препаратом (паста Лассара, цинковая паста, стоматогезин). После его подсыхания повторите обработку. 5. Приложить и правильно центрировать чистый калоприёмник прямо на кожу пациента или на кольцо Кагауа подальше от свежих разрезов в коже. 6. Прижать липучку вокруг стомы, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения из стомы. 7. Аккуратно расправить нижние края калоприёмника, а на конце закрепите зажим. <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При необходимости использовать гипоаллергенный липкий пластырь, чтобы прикрепить края калоприёмника к кожному барьерному приспособлению. Присоединить пояс к кромке калоприёмника. 2. Поместить старый калоприёмник в пакет, снять пелёнку, поместить её в пакет. 3. Использованный материал и инструменты поместить в ёмкость для дезинфекции. 4. Снять перчатки и поместить их в ёмкость для дезинфекции. 5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Калоприёмник следует опорожнять по заполнении каловыми массами и газами на 1/2 или 1/3 объёма, в противном случае может нарушиться герметичность стыка вокруг стомы.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Пациент чувствует себя комфортно. Кожа вокруг стомы без видимых изменений.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согла-</p>

	сие не требуется.
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики <ul style="list-style-type: none"> – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Отсутствие осложнений. – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Кoeffициент УЕТ врача – 0. Кoeffициент УЕТ медицинской сестры – 1,0.
12.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
13.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствуют

* - в случае выполнения услуги в составе сложной медицинской услуги данные требования исключаются.

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

46. ПОСОБИЕ ПРИ СТОМАХ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Код технологии	Название технологии	
A14.18.001.	Пособие при стомах толстого кишечника	
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0406 Сестринское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Стационарные Амбулаторно-поликлинические Санаторно-курортное	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное. Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Калоприёмник. Зонд кишечный №18 (стерильный) для

		<p>промывания стомы. Ирригационный рукав для промывания стомы. Штатив для внутривенного вливания. Ирригационный контейнер.</p>
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	<p>Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство. Спирт этиловый 70 % 5 мл. Вазелиновое масло. Антисептик для обработки поля вокруг стомы.</p>
5.6	Прочий расходный материал	<p>Стерильные марлевые салфетки (ватные шарики). Салфетки. Очищающие салфетки (запатентованные для интимного применения или гигиенические). Пластиковые пакеты для использованных материалов и калоприёмника, клеёнчатый мешок для белья. Одноразовые полиэтиленовые пакеты. Зажим для мешка. Не стерильные перчатки. Пластырь. Мыло. Ведро. Полотенце. Простыня. Ёмкость для воды. Ёмкость для дезинфекции. Туалетная бумага. Зеркало. Трафарет и ножницы. Измеритель со стандартными отверстиями. Карандаш или ручка. Дозатор с жидким мылом. Стол. Ширма. Стерильные перчатки.</p>
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм пособия при илеостоме</p> <p>I. Подготовка к процедуре:</p> <p>1. Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изме-</p>	

нения плана ухода за стомой.

2. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.
3. Обеспечить возможность для соблюдения конфиденциальности – поставить ширму, помочь пациенту занять положение лёжа.
4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
5. Подготовить необходимое оборудование и оснащение.
6. Обернуть пациента простыней или пелёнкой ниже стомы для ограничения манипуляционного поля. Расположить зеркало нужным образом, чтобы создать видимость для пациента.
7. Приготовить чистый калоприёмник: на верхней стороне бумаги, которая прилипает к коже, начертить окружность диаметром на 3-4 мм шире, чем стома (размер стомы 2,5-3,5 см).
8. Использовать специальный шаблон со стандартными отверстиями, для подбора к размерам стомы. Наложить шаблон с вырезанным отверстием на защитное бумажное покрытие клеевого слоя калоприёмника и, если оно не совпадает ни с одной из нанесённых линий, обвести карандашом или ручкой контур вырезанного отверстия. Вырезать отверстие в клеевом слое по нанесённому контуру, следя за тем, чтобы не прорезать калоприёмник насквозь. При этом удобно пользоваться зеркалом. При стоме неправильной формы отверстие можно моделировать ножницами (удобно применять ножницы тупоконечные вертикально-изогнутые для избежания повреждения мешка).
9. Надеть не стерильные перчатки.

II. Выполнение процедуры.

1. Отсоединить и осторожно удалить старый калоприёмник (сам мешочек и кожный барьер), одноразовый мешок сбросить в полиэтиленовый пакет для мусора, оставить закрывающее устройство для повторного использования. При повторном использовании калоприёмника опорожнить мешочек в судно, предварительно пережать нижнюю часть мешочка зажимом, и измерить объём масс. Обмыть зажим и вытереть его туалетной бумагой. Нанести дезодорирующее средство на нижнюю часть мешочка. Снятие калоприёмника производить, начиная с верхнего края.
2. Обработать перчатки антисептическим раствором.
3. Аккуратно очистить область стомы и кожи вокруг неё водой с мягким (жидким) мылом, высушить её марлевой салфеткой.
4. Проверить состояние кожи, её цвет в области стомы и саму стому на предмет выявления отёка или других изменений (*мацерации*).
5. Снять перчатки и поместить их в ёмкость для дезинфекции.
6. Обработать руки антисептиком и надеть новые перчатки.
7. Обработать кожу (при нарушении её целостности) защитным препаратом (цинковая мазь, стомагезин, паста Лассара или другим сред-

ством, применяемым в учреждении).

8. Снять защитное бумажное покрытие с нанесённой разметкой и, не торопясь, совместить нижний край вырезанного отверстия с нижней границей стомы.
9. Приложить и правильно центрировать чистый калоприёмник прямо на кожу пациента или на кольцо калоприёмника (при использовании многоразового) подальше от свежих разрезов в коже.
10. Приклеить, начиная с нижнего края пластины, калоприёмник к коже в течение 1-2 минут, прижимая рукой край отверстия, прилежащий к стоме, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения из стомы.
11. Аккуратно расправить нижние края калоприёмника (при применении многоразового).
12. При использовании многоразового калоприёмника, прикрепить края калоприёмника к кожному барьерному приспособлению пластырем. Присоединить пояс к кромке калоприёмника.

III. Окончание процедуры.

1. Снять перчатки. Продезинфицировать и утилизировать использованный материал.
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
3. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

Алгоритм промывания колостомы:

I. Подготовка процедуры.

1. Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой.
2. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.
3. Обеспечить возможность для соблюдения конфиденциальности, если процедура проходит в положении лёжа.
4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
5. Надеть не стерильные перчатки.
6. Налить в ирригационный контейнер 500-1000 мл тёплой воды.
7. Повесить контейнер на штатив для внутривенных вливаний и заполнить систему водой.
8. Помочь пациенту сесть на стул (лицом к унитазу) или лечь набок на кровати и подложить судно.
9. Отсоединить и поместить в использованный калоприёмник в мешок.
10. Вымыть кожу в области колостомы, как при замене калоприёмника.
11. Обработать перчатки антисептическим раствором.

II. Выполнение процедуры.

1. Наложить ирригационный рукав поверх стомы.
2. Смазать вазелиновым маслом катетер
3. Осторожно ввести катетер в стому на глубину 5-10 см.
4. Расположить нижний край рукава в унитаз или судно.
5. Включить систему и удерживать ирригационный конец.
6. Проводить вливание в течении 10-15 минут.
7. Задержать ток воды, если пациент почувствует схваткообразные боли или случится обратный заброс жидкости, закрыть систему и дать отдых.
8. Вытереть нижний край рукава туалетной бумагой и перекрыть или перегнуть его верхнюю часть, пока пациент сидит.
9. Промыть рукав водой, обсушить его конец и закрыть его.
10. Попросить пациента походить 35-40 минут.
11. Удалить рукав и катетер, поместить их в ёмкость для дезинфекции.
12. Обмыть кожу пациента вокруг стомы.
13. Закрепить новый калоприёмник.

III. Окончание процедуры.

1. Снять перчатки. Продезинфицировать и утилизировать использованный материал.
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
3. Сделать запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

Алгоритм бужирования стомы

I. Подготовка процедуры.

1. Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой.
2. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.
3. Обеспечить возможность для соблюдения конфиденциальности, если процедура проходит в положении лёжа.
4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
5. Надеть стерильные перчатки.

II. Выполнение процедуры.

1. Смазать указательный палец стерильным вазелиновым маслом.
2. Ввести осторожно палец в стому, повторяя движения: вперёд и назад.
3. Обработать кожу вокруг стомы.
4. Закрепить новый калоприёмник.

III. Окончание процедуры.

1. Снять перчатки. Продезинфицировать и утилизировать использованный материал.

	<p>2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>3. Сделать запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Целесообразно обучить пациента и его родственников уходу за стомой.</p> <p>Калоприёмник следует опорожнять по заполнении каловыми массами и газами на 1/2 или 1/3 объёма, в противном случае может нарушиться герметичность стыка вокруг стомы.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Пациент способен и демонстрирует со 100 % точностью самостоятельное выполнение манипуляции. Пациент в комфортном состоянии, кожа вокруг стомы без видимых изменений.</p> <p>Пациент чувствует себя комфортно.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей манипуляции по уходу за стомой. Информация об выполнении манипуляции, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Отсутствие осложнений. – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ врача – 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 2,0.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствуют</p>

* - в случае выполнения услуги в составе сложной медицинской услуги данные требования исключаются.

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

47. ПОСОБИЕ ПРИ ДЕФЕКАЦИИ ТЯЖЁЛОГО БОЛЬНОГО

Код технологии		Название технологии
A14.19.001		Пособие при дефекации тяжёлого больного.
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0406 Сестринское дело 0402 Акушерское дело 2) Младший медицинский персонал лечебного учреждения под контролем среднего медицинского работника указанных выше специальностей.
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Подкладное судно.
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для обра-

		ботки рук. Дезинфицирующее средство.
5.6	Прочий расходный материал	Клеёнка. Туалетная бумага. Ширма. Ёмкость с водой. Мыло. Ёмкость для дезинфекции. Не стерильные перчатки.
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Тяжелобольным, контролирующим физиологические опавления, при строгом постельном режиме для опорожнения кишечника в постель подают судно.</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм выполнения процедуры</p> <p>I. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Отгородить пациента ширмой (при необходимости). 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Надеть не стерильные перчатки. 5. Ополоснуть судно и оставить в нём немного тёплой воды. Убедиться, что поверхность судна, соприкасающаяся с кожей, сухая. 6. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подойти с помощником с разных сторон кровати: медицинская сестра помогает пациенту слегка повернуться на бок, лицом к себе, придерживая его рукой за плечи и таз, или приподнимает таз пациента (в зависимости от состояния пациента), помощник (вторая медсестра/младший медперсонал/родственник пациента) – подкладывает и расправляет клеёнку под ягодицами пациента. 2. Под ягодицы пациента подвести судно и помочь ему повернуться на спину так, чтобы его промежность оказалась на судне. 3. Поднять изголовье кровати так, чтобы пациент оказался в полусидящем положении (положение Фаулера), так как в положении «на спине» многие испытывают трудности при физиологических опавлениях. 4. Снять перчатки, положить их в ёмкость для дезинфекции. 5. Каждые пять минут проверять, всё ли в порядке у пациента. 6. После окончания дефекации надеть новые перчатки. 7. Опустить изголовье кровати. 8. Медицинская сестра помогает пациенту слегка повернуться на бок, лицом к себе, придерживая его рукой за плечи и таз, или приподни- 	

	<p>мает таз пациента (в зависимости от состояния пациента), помощник (вторая медсестра/младший медперсонал/родственник пациента) – убирает судно, вытирает область анального отверстия туалетной бумагой (если пациент не может сделать самостоятельно).</p> <p>9. Помощник ставит чистое судно, помогает пациенту повернуться на спину так, чтобы промежность его оказалась на судне. Подмыть пациента и тщательно осушить промежность.</p> <p>10. Переместить пациента на спину. Подмыть его (её). Тщательно осушить промежность.</p> <p>11. Убрать судно и клеёнку.</p> <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Снять перчатки и поместить их в ёмкость для дезинфекции. Продезинфицировать и утилизировать использованный материал. 2. Обеспечить пациенту возможность вымыть руки или протереть их антисептическим раствором. 3. Укрыть пациента одеялом, придать ему удобное положение. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Помощь пациенту в использовании судна должны оказывать два медицинских работника или прибегнуть к помощи помощника из числа младшего медицинского персонала или родственника пациента.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Пациент чувствует себя комфортно.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Отсутствие осложнений. – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной меди-

	цинской услуги.
11.	Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 2,0.
12.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
13.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствуют

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

48. ПОСТАНОВКА ОЧИСТИТЕЛЬНОЙ КЛИЗМЫ

Код технологии		Название технологии
A14.19.002		Постановка очистительной клизмы
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0406 Сестринское дело 0402 Акушерское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Подкладное судно. Кружка Эсмарха. Соединительная трубка. Зажим. Штатив. Ректальный наконечник стерильный.
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Вазелин – 5 мл. Антисептическое средство для обра-

		ботки рук. Дезинфицирующее средство.
5.6	Прочий расходный материал	Водный термометр. Клеёнка. Туалетная бумага. Перчатки не стерильные. Фартук клеёнчатый. Шпатель. Ширма. Мыло.
6.	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Алгоритм постановки очистительной клизмы I. Подготовка к процедуре: <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Надеть фартук и перчатки. 4. Собрать систему подсоединить к ней наконечник. 5. Налить в кружку Эсмарха 1-1,5 литра воды температурой 20 °С 6. Заполнить систему водой. 7. Подвесить кружку Эсмарха на подставку высотой 75-100 см. 8. Смазать наконечник вазелином. II. Выполнение процедуры. <ol style="list-style-type: none"> 1. Уложить пациента на левый бок на кушетку, покрытую клеёнкой, свисающей в таз. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка подведены к животу. Если пациент по состоянию здоровья находится в палате - предварительно огородить его ширмой. 2. Выпустить воздух из системы. 3. Развести одной рукой ягодицы пациента. 4. Ввести другой рукой наконечник в прямую кишку, проводя первые 3-4 см по направлению к пупку, а затем 8-10 см параллельно позвоночнику. 5. Открыть вентиль (зажим) и отрегулировать поступление жидкости в кишечник. 6. Попросить пациента расслабиться и медленно подышать животом. 7. Закрыть вентиль после введения жидкости и осторожно извлечь наконечник. III. Окончание процедуры. <ol style="list-style-type: none"> 1. Предложить пациенту задержать воду в кишечнике на 5-10 минут. 2. Проводить пациента в туалетную комнату. 3. Разобрать систему, наконечник подвергнуть дезинфекции. 	

	<p>4. При необходимости подмыть пациента.</p> <p>5. Снять перчатки, опустить их в ёмкость для дезинфекции.</p> <p>6. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>7. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Процедура проводится в отдельном помещении (клизменной).</p> <p>Глубина введения наконечника в прямую кишку зависит от возраста и варьирует от 2-3 см новорождённому до 12-15 см взрослому.</p> <p>Объём жидкости для единовременного введения также зависит от возраста и варьирует от 100 мл новорождённому до 1200-1500 мл взрослому.</p> <p>При жалобе пациента на боль спастического характера нужно прекратить процедуру, пока боль не утихнет.</p> <p>Детям очистительная клизма проводится с помощью резиновых баллонов (№ 1-6);</p> <p>Необходимое количество жидкости:</p> <p>До 3 месяцев – 50-60 мл;</p> <p>До 12 месяцев – 100-150 мл;</p> <p>До 2х лет – 200 мл;</p> <p>От 2 до 9 лет – до 400 мл;</p> <p>От 9 лет – 500 мл и более.</p> <p>Для новорождённых и детям грудного возраста используют стерильные клизменные баллончики.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>У пациента происходит очищение нижнего отдела толстого кишечника до чистых вод.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Отсутствие осложнений. – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной меди-

	цинской услуги.
11.	Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,5.
12.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
13.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствуют

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

49. ПОСТАНОВКА ГАЗООТВОДНОЙ ТРУБКИ

Код технологии		Название технологии
A14.19.003		Постановка газоотводной трубки
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0406 Сестринское дело 0402 Акушерское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Стационарные Амбулаторно-поликлинические Санаторно-курортные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Профилактическое. Лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Подкладное судно. Стерильная мягкая резиновая трубка (40-50 см, d 3-5 мм) с закруглённым концом.
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для обработки рук.

		Дезинфицирующее средство. Вазелин – 5 мл.
5.6	Прочий расходный материал	Клеёнка. Ширма. Мыло. Туалетная бумага. Контейнер для дезинфекции. Непромокаемый мешок Не стерильные перчатки. Марлевая салфетка. Фартук влагонепроницаемый.
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Алгоритм выполнения процедуры</p> <p>I. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Отгородить пациента ширмой (при необходимости). 3. Помочь пациенту лечь ближе к краю кровати на левый бок, слегка привести ноги к животу, предварительно положив под него клеёнку. Если пациенту противопоказано положение на боку, газоотводную трубку можно ставить в положении лёжа на спине при согнутых коленях и несколько раздвинутых ногах. 4. Поставить рядом с пациентом судно с небольшим количеством воды. 5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6. Надеть фартук, перчатки. 7. Закруглённый конец трубки смазать вазелином на протяжении 30 см. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Закруглённый конец трубки взять в правую руку как «писчее перо», а наружный конец зажать 4 и 5 пальцем. 2. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки. Правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 15-30 см, первые 3-4 см по направлению к пупку, а остальные – по направлению позвоночника, так, чтобы наружный конец выступал не менее 10 см. 3. Опустить свободный конец трубки в судно с водой. Оставить трубку в кишечнике на 1 час до полного отхождения газов. 4. Накрыть пациента простынёй или одеялом. <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Извлечь газоотводную трубку по достижении эффекта через салфетку, смоченную дезинфицирующим средством. Поместить трубку в контейнер с дезинфицирующим средством. 2. Вытереть заднепроходное отверстие пациента салфеткой (туалетной бумагой) в направлении спереди-назад (у женщин), поместить салфетку в ёмкость для дезинфекции. 3. Убрать судно, клеёнку в непромокаемый мешок для транспортировки 	

	<p>к месту дезинфекции.</p> <p>4. Пациента уложить в удобное положение.</p> <p>5. Снять перчатки, фартук. Подвергнуть дезинфекции.</p> <p>6. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>7. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Время нахождения трубки не должно превышать одного часа, во избежание развития пролежня прямой кишки. Для новорождённых детей газоотводная трубка оставляется на 30 минут.</p> <p>При выполнении процедуры необходимо контролировать отхождение газов и самочувствие пациента каждые 15 минут, т.к. возможна закупорка трубки каловыми массами.</p> <p>При неэффективности процедуры повторить её через 1-2 часа, используя другую стерильную газоотводную трубку.</p> <p>Введение газоотводной трубки в зависимости от возраста от 10 до 30 см.</p> <p>Глубина введения газоотводной трубки детям до 1 года – 5-8 см; от 1 до 3 лет 8-10 см; от 3 до 7 лет 10-15 см; старшим детям 20-30 см.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Пациент не испытывает кишечные колики, дискомфорт в кишечнике.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Отсутствие осложнений. – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 0,5.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>

Отсутствуют

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

50. УХОД ЗА ПОСТОЯННЫМ МОЧЕВЫМ КАТЕТЕРОМ

Код технологии		Название технологии
A14.28.002		Уход за постоянным мочевым катетером
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0406 Сестринское дело 0402 Акушерское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Стационарные Амбулаторно-поликлинические	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Спирт этиловый 70 % - 10 мл. Антисептическое средство для обработки рук.

		Дезинфицирующее средство.
5.6	Прочий расходный материал	Ёмкость для воды. Ёмкость для дезинфекции. Мыло. Полотенце. Адсорбирующая пелёнка. Стерильные ватные шарики. Стерильные марлевые салфетки. Не стерильные перчатки.
6.	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Алгоритм ухода за постоянным мочевым катетером I. Подготовка к процедуре: 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Обеспечить конфиденциальность процедуры. 3. Опустить изголовье кровати. 4. Помочь пациенту занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведёнными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пелёнку. 5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6. Надеть перчатки. II. Выполнение процедуры. 1. Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем. 2. Вымыть марлевой салфеткой, а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см. 3. Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает. 4. Осмотреть кожу промежности идентифицируя признаки инфекции (гиперемия, отёчность, мацерация кожи, гнойное отделяемое). 5. Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута. 6. Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже её плоскости. 7. Снять с кровати пелёнку (клеёнку с пелёнкой) и поместить её в ёмкость для дезинфекции. III. Окончание процедуры. 1. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал. 2. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в меди-	

	цинскую документацию.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Для профилактики внутрибольничной инфекции у пациента с постоянным мочевым катетером:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Следить, чтобы система катетер – мочеприёмник была замкнутой, разъединять её только в случае необходимости промывания катетера. - Промывать катетер только при подозрении на его закупорку. - При необходимости промывания катетера соблюдать правила асептики. - Осторожно отсоединять мочеприёмник, избегая загрязнения соединительной трубки. - Кратность проведения процедуры не менее 2-х раз в день.
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Отсутствие признаков воспаления при осмотре уретры вокруг катетера и кожи промежности.</p> <p>Катетер не закупоривается.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Отсутствие осложнений. – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 2,0.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>

Отсутствуют

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

51. УХОД ЗА ВНЕШНИМ МОЧЕВЫМ КАТЕТЕРОМ

Код технологии		Название технологии
A14.28.003		Уход за внешним мочевым катетером
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0406 Сестринское дело 0402 Акушерское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Профилактическое Лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Катетер типа «кондом»
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептический раствор – 2 разовых дозы
5.6	Прочий расходуемый материал	Ёмкость для воды. Ёмкость для дезинфекции.

	<p>Полотенце. Адсорбирующая пелёнка. Не стерильные перчатки. Ёмкость для сбора выделяемой мочи с канюлей. Застёжка – «липучка» или резинка. Марлевые салфетки.</p>
<p>6.</p>	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Алгоритм ухода за внешним мочевым катетером</p> <p>I. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Обеспечить конфиденциальность процедуры. 3. Опустить изголовье кровати. 4. Помочь пациенту расположиться в полулежачем положении или на спине, положив предварительно под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пелёнку. 5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6. Надеть перчатки. <p>II. Выполнение процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Положить ёмкость для сбора выделяемой мочи на кровать так, чтобы канюля лежала на кровати, свисала петлёй с матраса и прикреплялась к самой кровати. 2. Вымыть и осушить половой член пациента. 3. Использованный материал поместить в ёмкость для дезинфекции. 4. Взять половой член одной рукой, другой рукой надеть катетер типа «кондом» на половой член, раскатывая вверх и оставляя 2,5-5 см открытого пространства до дистального конца пениса для прикрепления к системе дренирования. 5. Придерживая катетер «кондом» одной рукой, надеть застёжку-«липучку» или резинку на верхнюю часть резинового катетера, но не на сам половой член, так, чтобы она прилегала плотно, но не туго. 6. Присоединить конец катетера к дренирующей трубке. 7. Расположить дренирующую трубку так, чтобы она была свободной, не натягивая её. 8. Проверять безопасность, надёжность расположения катетера на половом члене; каждые 4 часа. 9. Снимать катетер типа «кондом» на полчаса во время ежедневной ванны или каждые 24 часа. <p>III. Окончание процедуры.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Удобно расположить пациента. Поднять боковые поручни.

	<p>2. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.</p> <p>3. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции.</p> <p>4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.</p>
7.	Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики Отсутствуют
8.	Достижимые результаты и их оценка Отсутствие признаков воспаления при осмотре уретры вокруг катетера и кожи промежности.
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики <ul style="list-style-type: none"> – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Отсутствие осложнений. – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,0.
12.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
13.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствуют

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

52. ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО В ПОСТЕЛИ

Код технологии		Название технологии
A14.31.001		Перемещение тяжелобольного в постели
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	<p>Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям:</p> <p style="padding-left: 40px;">0401 Лечебное дело</p> <p style="padding-left: 40px;">0406 Сестринское дело</p> <p style="padding-left: 40px;">0402 Акушерское дело</p>
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	<p>Если пациент весит более 80-100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1-2 помощниками. Желательно наличие приспособлений для подъёма пациента. До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.</p>
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги	
	<p>Стационарные</p> <p>Амбулаторно-поликлинические</p>	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги	
	Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	
5.2	Реактивы	Отсутствуют

5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство.
5.6	Прочий расходный материал	Функциональная кровать. Простыня для переворачивания. Оборудование для придания нужного положения (валики, подушки). Не стерильные перчатки. Мыло. Ёмкость для дезинфекции.
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм перемещения тяжелобольного в постели</p> <p><i>I. Подготовка к процедуре:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры (если пациент в сознании). Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Надеть перчатки. 4. Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляции. <p><i>II. Перемещение пациента к изголовью кровати на невысокой кровати (выполняют два человека)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Помочь пациенту сесть: одна медсестра поддерживает пациента, другая – может подложить подушку. 2. Встать с обеих сторон кровати, лицом к друг другу, близко к кровати и немного сзади пациента так, чтобы плечи были вровень со спиной пациента. 3. Положить на край кровати пелёнку. 4. Встать коленом, которое ближе к пациенту, на кровать, расположив голень на пелёнке вдоль края кровати и придвинув голень как можно ближе к пациенту. Нога, стоящая на полу, является точкой опоры при поднятии пациента. 5. Подвести плечо, находящееся ближе к пациенту, в подмышечную впадину и к туловищу пациента. Кисть этой руки подводится под бедра пациента. Пациент кладёт свои руки на спину медицинским сёстрам. В том случае, если невозможно подвести плечо к подмышечной области пациента или пациент не может положить руку медицинской сестре на спину, необходимо расположить руку между туловищем и плечом пациента. Кисть этой руки располагается под бедрами пациента. 6. Упереться рукой, расположенной ближе к изголовью, в кровать сзади 	

пациента (локоть согнут). Другой рукой, расположенной под бёдрами пациента, ближе к ягодицам, медицинские сёстры берут друг друга за запястье.

7. Приподнять пациента, переместить его на небольшое расстояние и опустить его на постель, сгибая ногу, расположенную ближе к изголовью и руку, обеспечивающую опору. Повторять перемещение до расположения пациента в заданном месте.

III. Перемещение пациента к изголовью кровати (выполняется одной медицинской сестрой)

1. Убрать подушку из под головы пациента и положить её рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.
2. Встать лицом к ножному концу кровати под углом 45°. Расставить ноги на ширину 30 см. Ногу, находящуюся ближе к изголовью, отставить немного назад. Согнуть ноги в коленях (руки медсестры должны находиться на уровне ног пациента).
3. Переместить центр тяжести на ногу, отставленную назад.
4. Передвинуть ноги пациента по диагонали к изголовью кровати.
5. Переместиться параллельно верхней части туловища пациента, согнуть ноги в коленях так, чтобы руки находились на уровне туловища пациента.
6. Подвести под шею пациента руку, находящуюся ближе к изголовью, и снизу обхватить и поддерживать ею его плечо.
7. Подвести другую руку под верхнюю часть спины пациента.
8. Передвинуть голову и верхнюю часть туловища пациента по диагонали к изголовью кровати.
9. Переходить с одной стороны кровати на другую, повторяя пп. 2-8, пока тело пациента не достигнет в постели желаемой высоты.
10. Переместить пациента на середину постели, точно так же поочерёдно передвигая три части его тела.
11. Поднять голову и плечи пациента и подложить подушку.

IV. Перемещение пациента к изголовью кровати с помощью простыни (выполняется одной медсестрой)

1. Вытащить края простыни из-под матраса со всех сторон.
2. Убрать подушку из-под головы пациента и положить её рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.
3. Встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см и поставить одну ногу немного впереди другой.
4. Скатать простыню около головы и плеч пациента. Попросить пациента согнуть колени (если он может это сделать) и прижать стопы к матрасу, чтобы быть в состоянии помочь.
5. Взяться за скатанные края простыни с обеих сторон от головы паци-

	<p>ента двумя руками ладонями вверх.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Согнуть свои ноги в коленях, чтобы спина оставалась ровной. 7. Предупредить пациента, чтобы он был готов к перемещению. 8. Предупредив пациента, отклонить корпус назад и подтянуть пациента к изголовью кровати. 9. Положить подушку под голову пациента, расправить простыню. <p><i>V. Перемещение пациента к краю кровати (выполняется одной медсестрой, пациент может помочь)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Убрать подушку из-под головы пациента и положить её рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально. 2. Встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см и поставить одну ногу немного впереди другой. Согнуть колени. 3. Попросить пациента скрестить руки на груди, обхватив себя за локти. 4. Подложить одну руку под шею и плечи пациента, а вторую – под верхнюю часть его спины. 5. Отклонить корпус назад и подтянуть на себя верхнюю часть его спины. 6. Поменять положение рук: одну руку подложить под талию, другую – под бёдра пациента. 7. Также отклонить корпус назад и подтянуть на себя нижнюю часть туловища пациента. 8. Подложить руки под голени и стопы пациента и придвинуть их к себе. 9. Приподнять голову пациента и подложить под неё подушку. <p><i>VI. Окончание процедуры:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати. 2. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положить предметы, часто необходимые пациенту, на столик. 3. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинскую документацию.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок.</p> <p>Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1-2 помощниками.</p> <p>При перемещении пациента соблюдать биомеханику тела.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>У пациента отсутствуют признаки физических травм, таких, как свежие синяки, ссадины и повреждения костной системы после переме-</p>

	щения.
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,0.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Отсутствует</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствуют</p>

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

53. РАЗМЕЩЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО В ПОСТЕЛИ

Код технологии		Название технологии
A14.31.002		Размещение тяжелобольного в постели
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	<p>1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям:</p> <p style="padding-left: 40px;">0401 Лечебное дело 0406 Сестринское дело 0402 Акушерское дело</p> <p>2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям:</p> <p style="padding-left: 40px;">040100 Лечебное дело 040200 Педиатрия</p>
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	<p>Если пациент весит более 80-100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1-2 помощниками. Желательно наличие приспособлений для подъема пациента. До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры.</p>
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Стационарные Амбулаторно-поликлинические	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги	

	Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Отсутствуют
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство.
5.6	Прочий расходуемый материал	Вспомогательные устройства необходимые для пациента. Подушка для головы и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели. Мыло. Контейнер для дезинфекции.
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм размещения тяжелобольного в постели</p> <p>I. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры (если пациент в сознании). Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Надеть перчатки. 4. Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляции. <p>II. Размещение пациента лёжа на спине (выполняется одним медработником)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати. 2. Придать пациенту правильное положение: положить подушку под голову (или поправить оставшуюся), расположить руки вдоль туловища ладонями вниз, расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами. 3. Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею. 4. Подложить под поясницу небольшое, свёрнутое валиком полотенце. 5. Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль наружной поверхности бёдер, начиная от области большого вертела бедренной кости. 6. Подложить небольшую подушку или валик под голень в области её 	

нижней трети.

7. Обеспечить упор для поддерживания стоп под углом 90° .
8. Положить под предплечье небольшие подушки.

III. Размещение пациента с гемиплегией в положении на спине (выполняется одним медицинским работником)

1. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит по середине кровати.
2. Под парализованное плечо положить сложенное полотенце или подушку.
3. Отодвинуть парализованную руку от туловища, разогнув её в локте и повернув ладонью вверх. Вместо этого можно также отвести парализованную руку от туловища, поднять её, согнув в локте и положив кисть ближе к изголовью кровати.
4. Расслабленной кисти придать обычное положение: кисть слегка разогнута ладонью вниз, её свод сохраняется, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половинку разрезанного пополам резинового мячика.
5. Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть расположена ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно.
6. Под парализованное бедро положить небольшую подушку.
7. Согнуть колено парализованной конечности под углом 30° и положить его на подушку.
8. Стопы пациента, согнутые под углом 90° , упереть в мягкие подушки.
9. Обеспечить упор для стоп под углом 90° .

IV. Размещение пациента в положении Фаулера (выполняется одним медицинским работником)

1. Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати, убрать подушки.
2. Поднять изголовье кровати под углом $45-60^\circ$ (или подложить три подушки): человек прямо сидящий на кровати, находится в положении Фаулера.
3. Подложить подушки или сложенное одеяло под голени пациента.
4. Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье).
5. Подложить под предплечья и кисти подушку (если пациент не может самостоятельно двигать руками). Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз.
6. Подложить пациенту под поясницу подушку.
7. Подложить небольшую подушку или валик под колени пациента.
8. Подложить небольшую подушку пациенту под пятки.
9. Обеспечить упор для стоп под углом 90° .

V. Размещение пациента с гемиплегией в положении Фаулера

1. Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить три подушки).
2. Усадить пациента как можно выше. Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье).
3. Слегка приподнять вверх подбородок пациента.
4. На прикроватном столике перед пациентом обеспечить опору для парализованной кисти и предплечья; отодвинуть плечо пациента от его тела и подложить под локоть подушку.
5. Расслабленной кисти придать обычное положение: кисть слегка разогнута ладонью вниз, её свод сохраняется, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половинку разрезанного пополам резинового мячика.
6. Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть расположена ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно.
7. Согнуть пациенту ноги в коленях и бёдрах, подложив под колени подушку или сложенное одеяло.
8. Обеспечить упор для стоп под углом 90°.

VI. Размещение пациента в положении на боку (выполняется одним медицинским работником, пациент может помочь)

1. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.
2. Передвинуть пациента ближе к одному краю, противоположному стороне поворота.
3. Сказать пациенту, что он может помочь, если скрестит руки на груди. Если пациента переворачивают на правый бок: он должен положить левую ногу на правую. Или согнуть левую ногу пациента: одна рука охватывает нижнюю треть голени, другая – в подколенной впадине; левая стопа при этом должна оказаться в подколенной ямке.
4. Встать с той стороны кровати, куда будут поворачивать пациента. Положить протектор на кровать рядом с ним. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну в колене и поставить её на протектор. Вторая нога является опорой.
5. Положить одну руку на плечо, которое находится дальше от медицинской сестры, вторую руку – на дальнее бедро, т.е. если пациент будет поворачиваться на правый бок по направлению к медицинской сестре, положить левую руку на его левое плечо, а правую – на его левое бедро.
6. Повернуть пациента на бок, перенеся свой вес на ногу, стоящую на полу.
7. Подложить подушку под голову и шею пациента.

8. Выдвинуть вперёд «нижнее» плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке.
9. Придать обеим рукам пациента слегка согнутое положение. Рука, находящаяся сверху, лежит на подушке на уровне плеча.
10. Подложить пациенту под спину сложенную подушку (подушку сложить по длине и слегка подсунуть её ровной поверхностью под спину пациента).
11. Под согнутую «верхнюю» ногу пациента, лежащую немного впереди нижней, поместить подушку (от паховой области до стопы).
12. Поместить мешок с песком у подошвы «нижней» ноги. Расправить подкладную пелёнку.

VII. Размещение пациента в положении лёжа на животе (выполняется одним или двумя медицинскими работниками, пациент не может помочь)

1. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.
2. Аккуратно приподнять голову пациента, убрать обычную и положить маленькую подушку.
3. Переместить пациента к краю кровати.
4. Разогнуть руку пациента в локтевом суставе, прижать её к туловищу по всей длине, подложив кисть под бедро, или поднять её вверх и вытянуть её вдоль головы.
5. Перейти на другую сторону кровати.
6. Встать коленом на кровать. Подложить свёрнутое одеяло или небольшую подушку под верхнюю часть живота пациента. Положить руку на дальнее от медсестры плечо пациента, а другую руку – на дальнее бедро.
7. Перевернуть пациента на живот, в сторону медсестры. Голова пациента должна быть повернута набок.
8. Подложить подушку под голени, чтобы пальцы не касались постели.
9. Согнуть руку, к которой обращена голова пациента, в локтевом суставе под углом 90°, другую руку вытянуть вдоль туловища.
10. Подложить подушки под локти, предплечья и кисти.
11. Положить небольшие валики рядом со стопами (с наружной стороны).
12. Расправить простыню и подкладную пелёнку.

VIII. Размещение пациента с гемиплегией в положении на животе (выполняется одним или двумя медицинскими работниками, пациент не может помочь)

1. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение.
2. Передвинуть пациента к краю кровати в направлении не парализо-

ванной стороны тела.

3. Перейти на другую сторону. Поставить колено на край кровати и повернуть пациента на бок (на не парализованную боковую поверхность тела.)
4. Поместить подушку под живот пациента.
5. Выпрямить локоть парализованной руки, прижать её по всей длине к туловищу и подсунуть кисть под бедро или поднять вверх параллельно туловищу.
6. Осторожно повернуть пациента через парализованную руку на живот.
7. Повернуть голову пациента на бок (в сторону парализованной половины тела).
8. Согнутую в локте руку отвести в сторону кистью к изголовью кровати; пальцы руки по возможности разогнуть.
9. Слегка согнуть оба колена пациента и подложить подушку под обе ноги (от колен до лодыжек).
10. С помощью достаточно высокой подушки приподнять пальцы стоп над матрасом, так чтобы угол между стопой и голенью составлял 90°.

IX. Размещение пациента в положении Симса (положение, промежуточное между положением на животе и на боку)

1. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение.
2. Положить пациента на спину.
3. Переместить пациента к краю кровати.
4. Переместить пациента в положение лёжа на боку и частично на животе.
5. Положить подушку под голову пациента.
6. Под согнутую, находящуюся сверху руку поместить подушку на уровне плеча. Другую руку пациента положить на простыню.
7. Под согнутую «верхнюю» ногу подложить подушку, так чтобы нога оказалась на уровне бедра.
8. У подошвы ноги положить мешок с песком.

X. Окончание процедуры:

1. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.
2. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положить предметы, часто необходимые пациенту, на столик.
3. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции.
4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
5. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинскую документацию.

- | | |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7. | Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики
При смене положения пациента необходимо руководствоваться следующими правилами: <ul style="list-style-type: none">- Убедиться, что всё оборудование, капельницы и трубки, присо- |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

	<p>единённые к пациенту, надёжно закреплены, так что они не будут смещены при его перемещении.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Отсоединить дренирующие трубки, если это необходимо, и снова их присоединить после придания пациенту необходимой позы. - Убедиться в наличии помощника при обращении с конечностями, зафиксированными жёсткими стабилизаторами (например, гипс, вытяжение) и с тяжёлым оборудованием, которое необходимо перемещать вместе с пациентом (например, аппарат для вытяжения). - Поддерживать необходимое приподнятое положение головы для пациентов, подверженных диспноэ в горизонтальном положении; отводить краткие периоды для отдыха по необходимости во время процедуры. - Использовать подушки, валики и специальные устройства для поддержания необходимой позы, положения конечностей, предотвращения чрезмерного давления на уязвимые поверхности кожи. - Убедиться, что лицо пациента не прижато к постели или подушкам во время поворачивания и что положение тела не мешает полному расширению диафрагмы. - Использовать правильные принципы механики человеческого организма. <p>При перемещении пациента соблюдать биомеханику тела.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Кожа пациента тёплая сухая. Повреждения и изменения цвета в точках давления отсутствуют.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <ul style="list-style-type: none"> – Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость пациента качеством предоставленной меди-

	цинской услуги.
11.	Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача – 1,0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 4,0.
12.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
13.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствуют

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

54. ПЕЛЕНАНИЕ НОВОРОЖДЁННОГО

Код технологии		Название технологии
A14.31.009		Пеленание новорождённого
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 0401 Лечебное дело 0406 Сестринское дело 0402 Акушерское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала	
2.1	Требование по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Стационарные Амбулаторно-поликлинические	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Пеленальный столик с матрасом
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство.
5.6	Прочий расходный материал	Комплект стерильных пелёнок и распашонок. Водонепроницаемый обеззараженный

		фартук. Мыло.
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм пеленания новорождённого</p> <p>I. Подготовка к пеленанию:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть фартук. 2. Проверить дату стерилизации пелёнок, вскрыть стерильный мешок для пеленания. 3. Расстелить на пеленальном столе 4 пелёнки: 1-ю фланелевую; 2-ю пелёнку сложить по диагонали и положить сгибом вверх выше уровня 1-й пелёнки на 15 см (для изготовления косынки) или сложить вдвое по длине и положить выше уровня 1-й пелёнки для изготовления шапочки; 3-ю пелёнку ситцевую; 4-ю пелёнку ситцевую сложить вчетверо длинным прямоугольником для изготовления подгузника (вместо неё можно использовать подгузники «Памперс», «Либеро», «Хаггис» и др.). 4. Для изготовления шапочки сложенный край необходимо подвернуть кзади на 15 см. углы верхнего края пелёнки сдвинуть к центру, соединить их. Нижний край сложить несколько раз до нижнего края шапочки. Положить на уровне верхнего края 1-й пелёнки. <p>II. Выполнение процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Распеленать новорождённого в кроватке или на «не стерильном» столе. Внутреннюю пелёнку развернуть, не касаясь кожи ребёнка руками. 2. Взять ребёнка на руки, уложить на приготовленные пелёнки на пеленальном столе. 3. Провести 4-ю пелёнку (подгузник) между ног ребёнка, её верхний край разместить в подмышечной области с одной стороны. 4. Краем 3-й пелёнки с той же стороны накрыть и зафиксировать плечо, переднюю часть туловища ребёнка и подмышечную область с другой стороны. Противоположным краем пелёнки накрыть и зафиксировать второе плечо ребёнка. Нижним её краем отделить стопы одна от другой. Избыток пелёнки снизу рыхло свернуть и проложить между стоп ребёнка. 5. Надеть шапочку или косынку, изготовленную из 2-й пелёнки. 6. Зафиксировать все предыдущие слои и шапочку (косынку) 1-й пелёнкой. Нижний конец её завернуть вверх и обвести вокруг туловища ребёнка на 3-4 см ниже сосков и закрепить сбоку, подвернув уголок пелёнки за её туго натянутый край. <p style="text-align: center;">Широкое пеленание (закрытый способ)</p> <p>I. Подготовка к пеленанию:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика), 	

надеть фартук.

2. Проверить дату стерилизации пелёнок, вскрыть стерильный мешок для пеленания.
3. Расстелить на пеленальном столе 4 пелёнки: 1-ю фланелевую и 2-ю ситцевую пелёнки на одном уровне, 3-ю пелёнку ситцевую на 10 см ниже и 4-ю пелёнку ситцевую сложить вчетверо длинным прямоугольником для изготовления подгузника (вместо неё можно использовать подгузники «Памперс», «Либеро», «Хаггис» и др.).

II. Выполнение процедуры:

1. Распеленать новорождённого в кроватке или на «не стерильном» столе.
2. Внутреннюю пелёнку развернуть, не касаясь кожи ребёнка руками.
3. Взять ребёнка на руки, уложить на приготовленные пелёнки на пеленальном столе.
4. Провести 4-ю пелёнку (подгузник) между ног ребёнка, её верхний край разместить в подмышечной области с одной стороны.
5. Из 3-й пелёнки сделать «штанишки». Для этого провести верхний край 3-й пелёнки на уровне подмышечных впадин, чтобы ноги ребёнка были открытыми выше уровня колен. Нижний край провести между ног, плотно прижать им подгузник к ягодицам ребёнка и закрепить вокруг туловища.
6. Краем 2-й пелёнки покрыть и зафиксировать плечи с обеих сторон, нижний край проложить между стоп ребёнка, отделив их и голени одну от другой.
7. 1-й пелёнкой зафиксировать все предыдущие слои и закрепить пеленание.

Широкое пеленание (открытый способ)

I. Подготовка к пеленанию:

1. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика), надеть фартук.
2. Проверить дату стерилизации пелёнок, вскрыть стерильный мешок для пеленания.
3. Расстелить на пеленальном столе 4 пелёнки: 1-ю фланелевую, 2-ю ситцевую, 3-ю пелёнку ситцевую, 4-ю пелёнку-подгузник и фланелевую распашонку. Выложить на стол ситцевую распашонку.

II. Выполнение процедуры:

1. Распеленать новорождённого в кроватке или на «не стерильном» столе.
2. Внутреннюю пелёнку развернуть, не касаясь кожи ребёнка руками.
3. Взять ребёнка на руки, уложить на приготовленные пелёнки на пеленальном столе.
4. Одеть ребёнка в ситцевую распашонку разрезом назад, затем во фла-

	<p>нелевую разрезом вперёд. Подвернуть край распашонок вверх на уровне пупочного кольца.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Провести 4-ю пелёнку (подгузник) между ног ребёнка, её верхний край разместить в подмышечной области с одной стороны. 6. Из 3-й пелёнки сделать «штанишки». Для этого провести верхний край 3-й пелёнки на уровне подмышечных впадин, чтобы ноги ребёнка были открытыми выше уровня колен. Нижний край провести между ног, плотно прижать им подгузник к ягодицам ребёнка и закрепить вокруг туловища. 7. 2-ю пелёнку закрепить сверху, как 3-ю, нижний край проложить между стоп ребёнка. 8. 1-й пелёнкой зафиксировать все предыдущие слои и закрепить пеленание. <p>III. Окончание процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Уложить ребёнка в кровать. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>При недостаточной температуре воздуха в палате необходимо использовать дополнительно 1-2 пелёнки, сложенные вчетверо и размещённые «ромбом» после 2-й или 3-й пелёнки.</p> <p>Перед кормлением для предупреждения контакта пелёнок новорождённого с постельным бельём матери необходимо использовать ещё 1 пелёнку. Её следует расстелить ромбом, положить ребёнка, завернутого в пелёнки, по диагонали. Боковые углы ромба завернуть на животе под спину, нижний конец пелёнки – по средней линии под угол, образованный боковыми её частями.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Новорождённый ухожен, не показывает признаков беспокойства.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Мать или иные родственники должны быть информированы о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая им медицинским работником, включает в себя сведения о цели проводимой процедуры. Письменного подтверждения согласия матери или иных родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p> <p>– Наличие записи о результатах выполнения назначения в меди-</p>

	<p>цинской документации.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) – Удовлетворённость матери новорождённого качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 0,5.</p>
12.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Представлены в приложении.</p>
13.	<p>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p> <p>Отсутствуют</p>

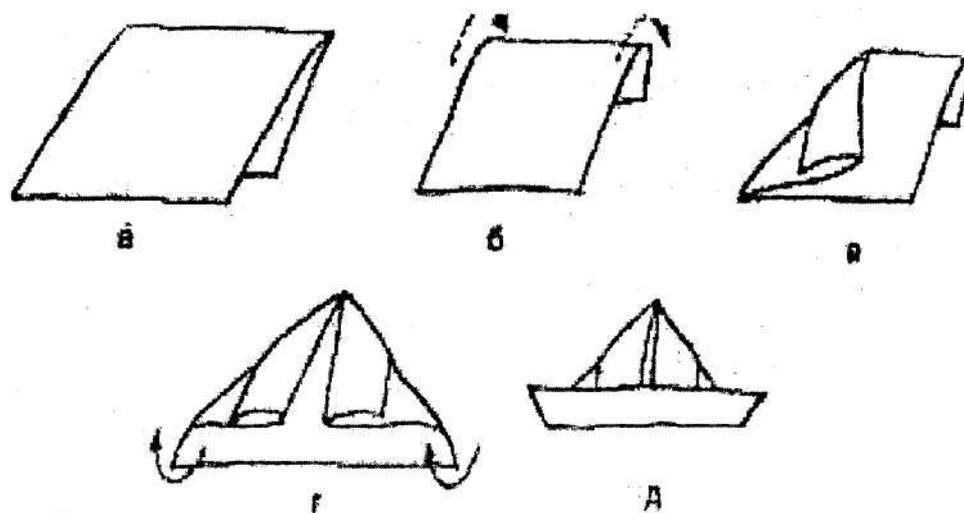


Рис.1. Изготовление шапочки для новорожденного

- а) – складывание пеленки вдвое по длине;
- б) – подворачивание сложенного края пеленки;
- в) – сдвигание верхнего края пеленки к центру;
- г) – складывание нижнего края пеленки;
- д) – изготовленная шапочка.

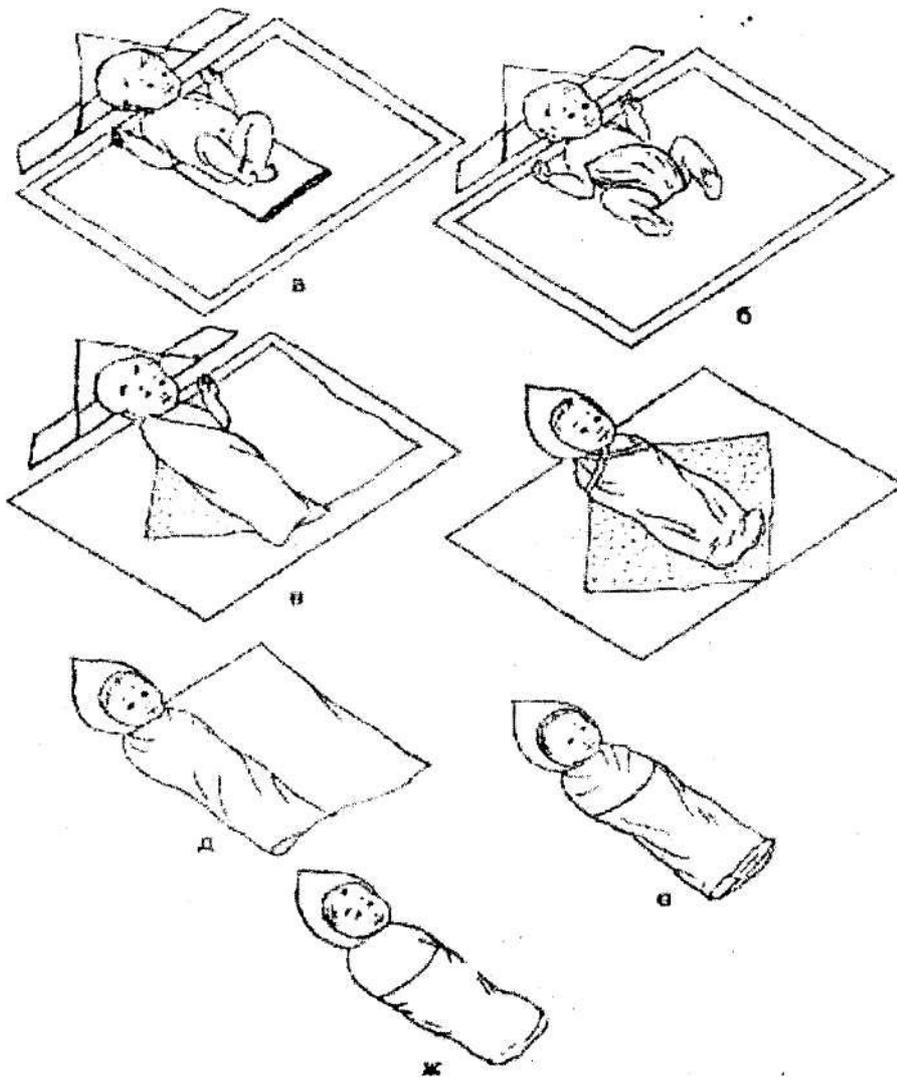


Рис. 2. Пеленание в родовспомогательном учреждении

- а) – последовательность размещения пеленок, «шапочки»,
 б) – проведение подгузника между ног ребенка,
 в, г) – пеленание туловища и конечностей с отделением стоп, фиксация «шапки» (косынки),
 д, е, ж) – фиксация предыдущих слоев пеленкой.

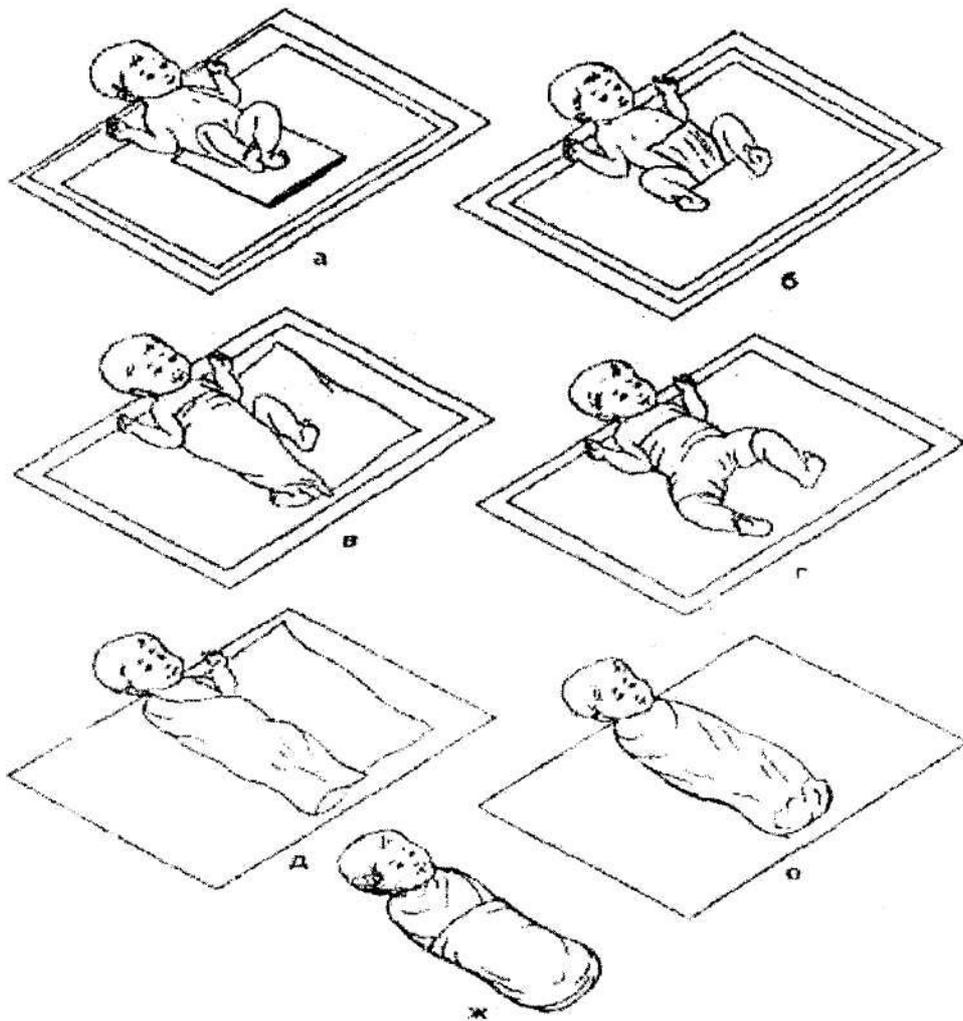


Рис. 3. Широкое пеленание (закрытый способ)

- а) – последовательность размещения пеленок;
- б) – проведение подгузника между ног ребенка;
- в, г) – фиксация подгузника пеленкой («штанишками»);
- д) – пеленание туловища и конечностей;
- е) – отделение пеленкой голеней и стоп;
- ж) – фиксация предыдущих слоев наружной пеленкой.

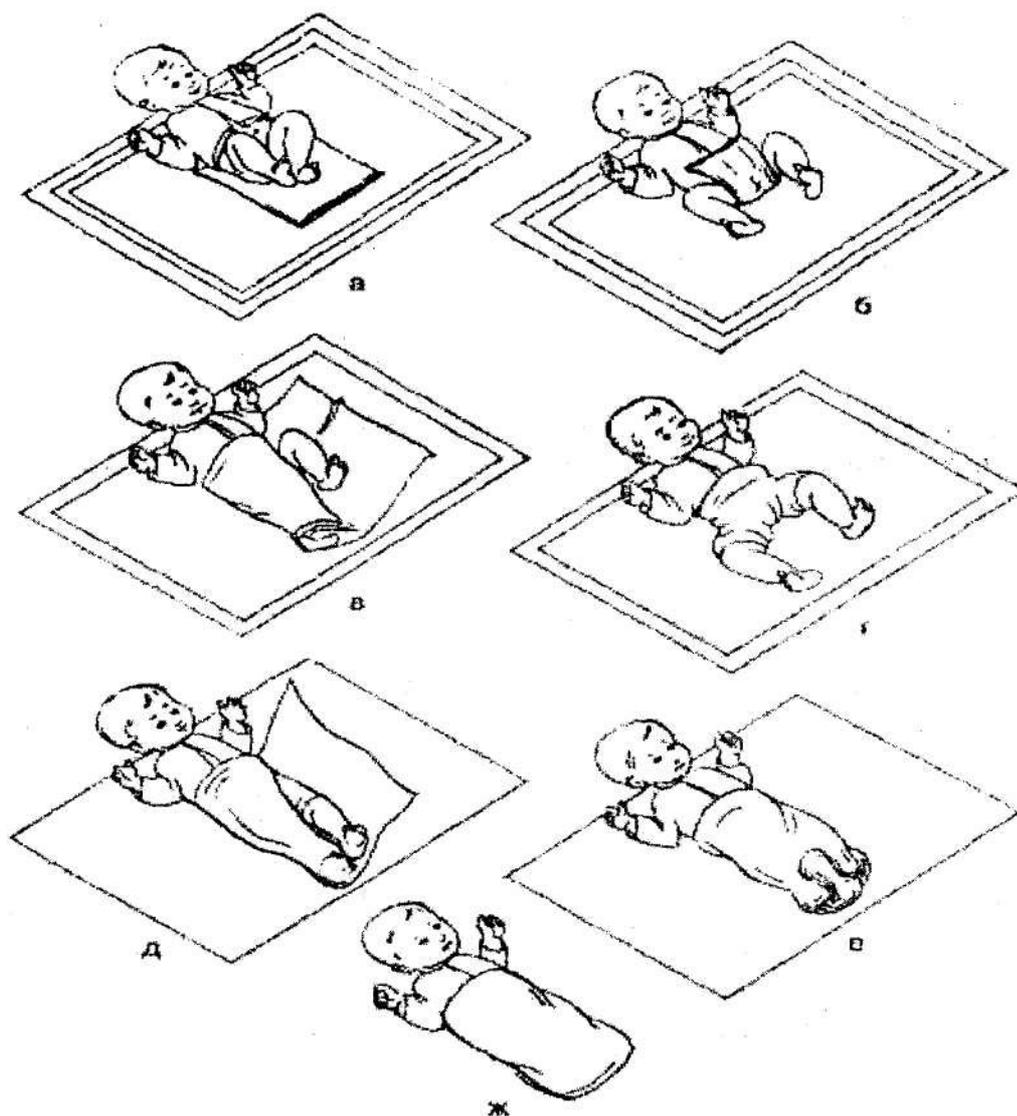


Рис. 4. Широкое пеленание (открытый способ)

- а) – последовательность размещения пеленок и одевание ситцевой и фланелевых распашонок;
- б) – проведение подгузника между ног ребенка;
- в, г) – фиксация подгузника пеленкой («штанишками»);
- д) – фиксация предыдущих слоев второй пеленкой, отделение голеней и стоп;
- е, ж) – фиксация предыдущих слоев наружной пеленкой.

ТЕХНОЛОГИИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

(Налоговая льгота в соответствии с Общероссийским классификатором
продукции ОК 005-93, Том 2, код 953000 – книги и брошюры)

Лицензия ИД № 01379 от 30.03.2000

Подписано в печать 17.02.2006 г. Формат бумаги 60x90/16

Бумага офсетная. Гарнитура Таймс.

Тираж 120 экз.

Федеральное Государственное образовательное учреждение
«Всероссийский учебно-научно-методический центр
по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»
107564, Москва, ул. Лосиноостровская, 2.
Тел./Факс: (095) 963-8310, 963-8303