**ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**

**НА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЯХ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Содержание требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения | | |
| 1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая следующие требования: |  | | |
| 1.1 Перечень специальностей (кто участвует в выполнении услуги) | Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело". Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: "Лечебное дело", "Педиатрия", "Стоматология" | | |
| 1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу | Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги | | |
| 2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала |  | | |
| 2.1 Требования 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 (прошедший ежегодную поверку средств измерения), соответствующий ростовозрастным показателям пациента, разрешенный к применению в Российской Федерации и поверенный. Стетофонендоскоп (при аускультативном определении тонов Короткова). Кушетка (при измерении артериального давления в положении лежа). Стул (при измерении артериального давления в положении сидя). Стол. | | |
| 5.2 Реактивы |  | | |
| 5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты |  | | |
| 5.4 Продукты крови |  | | |
| 5.5 Лекарственные средства | Антисептическое или дезинфицирующее средство для обработки мембраны стетофонендоскопа. | | |
| 5.6 Прочий расходуемый материал | Салфетки марлевые однократного применения. | | |
| 6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги | Основным неинвазивным методом измерения артериального давления является аускультативный. | | |
| *6.1 Алгоритм исследования артериального давления на периферических артериях* | *1 Подготовка к процедуре:* 1.1 Проверить исправность прибора для измерения артериального давления в соответствии с инструкцией по его применению. 1.2 Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  1.3 Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 1.4 Придать пациенту удобное положение, усадить или уложить его. | | |
|  | *2 Выполнение процедуры:* 2.1 Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца. 2.2 Наложить манжету прибора для измерения артериального давления на плечо пациента. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца (для детей и взрослых с маленьким объемом руки - один палец), а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки.  2.3 Наложить два пальца левой руки на предплечье в месте прощупывания пульса. 2.4 Другой рукой закрыть вентиль груши прибора для измерения артериального давления. Постепенно произвести нагнетание воздуха грушей прибора для измерения артериального давления до исчезновения пульса. Этот уровень давления, зафиксированный на шкале прибора для измерения артериального давления, соответствует систолическому давлению. 2.5 Спустить воздух из манжеты прибора для измерения артериального давления и подготовить прибор для повторного накачивания воздуха. 2.6 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. 2.7 Повторно накачать манжету прибора для измерения артериального давления до уровня, превышающего полученный результат при пальцевом измерении по пульсу на 30 мм рт.ст. 2.8 Сохраняя положение стетофонендоскопа, начать спускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм рт.ст./с. При давлении более 200 мм рт.ст. допускается увеличение этого показателя до 4-5 мм рт.ст./с. 2.9 Запомнить по шкале на приборе для измерения артериального давления появление первого тона Короткова - это систолическое давление, значение которого должно совпадать с оценочным давлением, полученным пальпаторным путем по пульсу. 2.10 Отметить по шкале на приборе для измерения артериального давления прекращение громкого последнего тона Короткова - это диастолическое давление. Для контроля полного исчезновения тонов продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона. 2.11 Снять манжету прибора для измерения артериального давления с руки пациента. | | |
|  | *3 Окончание процедуры:* 3.1 Сообщить пациенту результат измерения артериального давления. 3.2 Обработать мембрану прибора для измерения артериального давления антисептическим или дезинфицирующим средством. 3.3 Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3.4 Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию. Об изменении артериального давления у пациента сообщить врачу | | |
| 7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики: |  | | |
| 7.1 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 один час до измерения следует исключить прием пищи, курение, прием тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли. | | |
| 7.2 Положение пациента | Артериальное давление допускается определять в положении "сидя" (наиболее распространено), "лежа" 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 превышению или занижению значений измерения артериального давления на 4 мм рт.ст.  В положении "сидя" измерение проводят у пациента, располагающегося 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 проведения измерения артериального давления в положении "стоя" необходимо использовать специальные упоры для поддержки руки либо во время измерения поддерживать руку пациента в районе локтя. | | |
| 7.3 Кратность измерений | *Повторные измерения проводятся с интервалом не менее 2 мин. Во время первого визита пациента необходимо измерить артериальное давление на обеих руках. В дальнейшем целесообразно проводить 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 проводят на руке, где по результатам измерения были получены более высокие значения артериального давления. В противном случае измерения проводят, 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 значения отличаются друг от друга более чем на 5 мм рт.ст., проводят третье измерение, которое сравнивают по приведенным выше правилам со вторым, а затем, при необходимости, и четвертым измерением. Если в ходе этого цикла выявляется прогрессивное снижение артериального давления, то необходимо дать дополнительное время для расслабления пациента. Если отмечаются разнонаправленные колебания артериального давления, то дальнейшие измерения прекращают и вычисляют среднее трех последних измерений (при этом исключают максимальные и минимальные значения артериального давления). | | |
|  | Артериальное давление рекомендуется измерять в одни и те же часы суток, после 10-15-минутного отдыха, на правой руке (первый раз на обеих руках), трехкратно с интервалом в 3 мин. Предпочтительнее располагать манжету на уровне сердца. | | |
| 8 Достигаемые результаты и их оценка | Оценку результатов проводят сопоставлением полученных данных с установленным нормативами (для относительно здорового человека): | | |
|  |  | Нормотензия | Гипертензия |
|  | День | 135/85 | 140/90 |
|  | Ночь | 120/70 | 125/75 |
|  | Значение артериального давления у детей (нормотензия):  - новорожденные - 70/85;  - дети от одного года до 5 лет - 80+2;  - дети от 5 до 15 лет - 100+ ( - число лет) | | |
| 9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента или его законного представителя | Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация об измерении артериального давления, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его законного представителя на измерение артериального давления не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента | | |
| 10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики | Отсутствие отклонений 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). Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги | | |

**ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА**

|  |  |
| --- | --- |
| Содержание требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения |
| 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: Лечебное дело, Акушерское дело, Сестринское дело. |
| 1.2. Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу | Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги |
| 2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала  2.1 Требования 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 | Профилактика заболеваний  Диагностика заболеваний |
| Содержание требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения |
| 5 Материальные ресурсы  5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения  5.2 Реактивы  5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты  5.4 Продукты крови  5.5 Лекарственные средства  5.6 Прочий расходуемый материал | * 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. * Фонендоскоп. * Тонометр. * Шелковая нить. * Емкость для промывных вод. * Водный термометр. * Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. * Жидкое вазелиновое масло или глицерин. * Часы. * Воронка емкостью 1 л. * Полотенце. * Фартук клеенчатый для пациента и медицинского работника. * Перчатки нестерильные. * Ведро (с чистой водой комнатной температуры объёмом 10 л). * Ковш. * Стерильные марлевые салфетки. |
| 6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги  *6.1 Промывание с применением желудочного зонда (пациент в сознании)* | *I. Подготовка к процедуре:*   1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру промывания желудка (если он в сознании). В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Усадить пациента на стул со спинкой или уложить на кушетку в положении на боку. Детей младшего возраста усадить на колени помощника. 3. Измерить артериальное давление, подсчитать пульс, если состояние пациента позволяет это сделать. 4. Снять зубные протезы у пациента (если они есть). 5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки, фартук. 6. Поставить таз к ногам пациента или к головному концу кушетки, если положение пациента лёжа. 7. Измерить шёлковой нитью расстояние от резцов до пупка плюс ширина ладони пациента. Перенести метку на зонд, начиная от закруглённого конца. 8. 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. Надеть на пациента фартук. Конец фартука опустить в емкость для сбора промывных вод. 3. Смочить слепой конец зонда водой или глицерином. 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 попросить пациента глубоко дышать 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 обратить внимание на 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 больше половины, держа её наклонно. 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. При необходимости слить содержимое для бактериологического исследования в стерильную пробирку (первую порцию промывных вод), для химического исследования в емкость с притертой пробкой, а оставшуюся часть в емкость для сбора промывных вод. 15. Повторить промывание несколько раз до чистых промывных вод. 16. Воронку снять, зонд извлечь через салфетку, смоченную дезинфицирующим средством.   *III. Окончание процедуры:*  17.Поместить зонд, воронку в контейнер с дезинфицирующим средством, салфетку в контейнер. Промывные воды подвергнуть дезинфекции.  18.Дать пациенту прополоскать рот, обтереть полотенцем вокруг рта.  19.Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.  20.Пациента проводить в палату, тепло укрыть, наблюдать за состоянием.  21.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  22.Уточнить у пациента о его самочувствии.  23.Отметить в листе назначений о выполненной процедуре. |
| 7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики | * Если пациент находится в бессознательном состоянии, промывание проводится с использованием шприца Жанэ, или после предварительной интубации трахеи. * При отсутствии зонда начать промывание «стаканным методом»: предлагается выпить 6-8 стаканов воды и вызвать рвоту раздражением корня языка, если пациент в сознании. Однако, проводить промывание желудка «стаканным методом» не рекомендуется. * Возможно промывание желудка тонким зондом (0,3-0,5 см), введённым интраназально, при этом в шприц Жане набирается вода в объёме 0,5 л, вводится в желудок и аспирируется обратно этим же шприцем. * При уремии промывание проводить 2% - 4% раствором натрия гидрокарбоната. * При подозрении на отравление, при пищевой токсикоинфекции, брать первую порцию промывных вод на исследование в стерильную ёмкость. При остром экзогенном отравлении в чистую емкость взять первую и последнюю порции промывных вод. Первую – для определения неизвестного яда, последнюю - для определения качества промывания желудка. * Необходимо проводить учет введенного и выведенного объема воды. * *При наличии в промывных водах крови проведение процедуры остановить для коррекции последующих действий.* * Нельзя допускать полного перехода всей жидкости из шприца (воронки) в желудок, т к после жидкости насасывается воздух, что затрудняет в дальнейшем удаление содержимого желудка. * С целью профилактики водно-солевых нарушений и развития отека головного мозга для процедуры следует использовать солевые растворы (изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера, гемодез, воду с добавлением поваренной соли), контролировать количество жидкости, введенной в желудок и выведенной из него. |
| 8 Достигаемые результаты и их оценка | Наличие чистых промывных вод |
| 9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи | Пациент или его родители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и ходе 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.  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  - Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.  - Пробы своевременно доставлены в лабораторию  - Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. |
| Содержание требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения |

**ПОДКОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВ И РАСТВОРОВ**

|  |  |
| --- | --- |
| Содержание, требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения |
| 1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования  1.1. Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги  1.2. Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу | 1. Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: Лечебное дело, Сестринское дело, Акушерское дело  2. Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: Лечебное дело, Педиатрия  Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги |
| Содержание, требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения |
| 2. Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала  2.1. Требования по безопасности труда при выполнении услуги | До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.  Во время процедуры обязательно использование перчаток.  Обязательно использование непрокалываемого контейнера для использованных игл. |
| 3. Условия выполнения простой медицинской услуги | Амбулаторно-поликлинические  Стационарные  Транспортные  Санаторно-курортные |
| 4. Функциональное назначение простой медицинской услуги | Лечение заболеваний  Восстановительно-реабилитационные  Профилактика заболеваний  Диагностика заболеваний |
| 5. Материальные ресурсы  5.1. Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения  5.2. Лекарственные средства  5.3. Прочий расходуемый материал | Шприц одноразовый емкостью от 1 до 5 мл, 2 стерильные иглы длиной 25 мм  Лоток нестерильный для расходуемого материала  Лоток стерильный  Нестерильные ножницы или пинцет (для открытия флакона)  Пилочка (для открытия ампул)  Манипуляционный столик  Кушетка  Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б  Емкости для дезинфекции  Антисептический раствор для обработки инъекционного поля, обработки шейки ампулы, резиновой пробки флакона  Антисептик для обработки рук  Дезинфицирующее средство  Стерильные салфетки или шарики (ватные или марлевые)  Перчатки нестерильные |
| 6. Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги  6.1 Алгоритм выполнения подкожного введения лекарственных препаратов | I. Подготовка к процедуре  1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры.  2. Убедиться у пациента в наличии информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  3. Взять упаковку лекарственного препарата и проверить его пригодность (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, определить по внешнему виду). Сверить назначения врача.  4. Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа. Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата.  5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  6. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.  7. Надеть перчатки.  8. Подготовить шприц. Проверить срок годности и герметичность упаковки.  9. Набрать лекарственный препарат в шприц.  *Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы*  Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.  Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.  Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептическим раствором. Вскрыть ампулу.  Набрать лекарственный препарат в шприц.  Выпустить воздух из шприца.  *Набор лекарственного препарата из флакона, закрытого алюминиевой крышкой*  Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, срок годности.  Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, прикрывающую резиновую пробку. Протереть резиновую пробку ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором.  Ввести иглу под углом 90° во флакон, перевернуть его вверх дном, слегка оттягивая поршень, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата.  Извлечь иглу из флакона, заменить ее на новую стерильную иглу, проверить ее проходимость.  10. Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток.  11. Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой инъекции для выявления противопоказаний во избежание возможных осложнений.  II. Выполнение процедуры  1. Обработать место инъекции не менее, чем двумя салфетками или шариками, смоченными антисептическим раствором.  2. Собрать кожу пациента в месте инъекции одной рукой в складку треугольной формы основанием вниз.  3. Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем.  4. Ввести иглу со шприцем быстрым движением под углом 45° на 2/3 ее длины.  5. Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не попала в сосуд.  6. Медленно ввести лекарственный препарат в подкожную жировую клетчатку.  7. Извлечь иглу, прижать к месту инъекции шарик с кожным антисептическим раствором, не отрывая руки с шариком, слегка помассировать место введения лекарственного препарата.  III. Окончание процедуры  1. Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал.  2. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.  3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  4. Уточнить у пациента его самочувствие.  5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию. |
| 7. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики | Подготовка оснащения для выполнения процедуры всегда проводится в процедурном кабинете.  Перед инъекцией следует определять индивидуальную непереносимость лекарственного вещества; поражения кожи и жировой клетчатки любого характера в месте инъекции.  После инъекции возможно образование подкожного инфильтрата (введение не подогретых масляных растворов), поэтому при введении масляных растворов необходимо предварительно подогреть ампулу в воде до 37°.  При подкожном введении гепарина необходимо держать иглу под углом 90°, не проверять шприц на попадание иглы в сосуд, не массировать место укола после инъекции.  При назначении инъекций длительным курсом при необходимости наложить на место инъекции грелку или сделать йодную сетку (уровень убедительности доказательства С).  Через 15-30 минут после инъекции обязательно уточнить у пациента его самочувствие и реакцию на введённое лекарство (выявление осложнений и аллергических реакций).  Основными местами для подкожного введения являются: наружная поверхность плеча, наружная и передняя поверхность бедра в верхней и средней трети, подлопаточная область, передняя брюшная стенка, у новорожденных может использоваться и средняя треть наружной поверхности бедра.  При вскрытии флакона необходимым условием является надпись на флаконе, сделанная медицинским работником с отметкой даты вскрытия и времени. |
| 8. Достигаемые результаты и их оценка | Препарат пациенту введен.  Пациент чувствует себя комфортно. |
| 9. Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи | Пациент или его родители (для детей до 15 лет) получают 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). |
| Содержание, требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения |
| 10. Параметры оценки и контроля качества выполнения методики | - Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.  - Своевременность выполнения процедуры.  - Отсутствие постинъекционных осложнений.  - Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.  - Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. |

**ВНУТРИМЫШЕЧНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

|  |  |
| --- | --- |
| Содержание требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения |
| 1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования  1.1. Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги  1.2. Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу | 1. Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: Лечебное дело, Сестринское дело, Акушерское дело  2. Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: Лечебное дело, Педиатрия  Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги |
| 2. Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала  2.1. Требования по безопасности труда при выполнении услуги | До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.  Во время процедуры обязательно использование перчаток.  Обязательно использование непрокалываемого контейнера для использованных игл.  При угрозе разбрызгивания крови обязательно использование маски, специальных защитных очков. |
| Содержание требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения |
| 3. Условия выполнения простой медицинской услуги | Амбулаторно-поликлинические  Стационарные  Транспортные  Санаторно-курортные |
| 4. Функциональное назначение простой медицинской услуги | Лечение заболеваний  Восстановительно-реабилитационные  Профилактика заболеваний |
| 5. Материальные ресурсы  5.1. Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения  5.2. Лекарственные средства  5.3. Прочий расходуемый материал | Шприц одноразовый емкостью от 5 до 10 мл и две стерильные иглы длиной 38-40 мм  Лоток стерильный  Лоток нестерильный для расходуемого материала  Нестерильные ножницы или пинцет (для открытия флакона)  Пилочка (для открытия ампулы)  Манипуляционный столик  Кушетка  Ёмкости для дезинфекции  Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б  Антисептический раствор для обработки инъекционного поля, шейки ампулы, резиновой пробки флакона  Антисептик для обработки рук  Дезинфицирующее средство  Стерильные салфетки или шарики (ватные или марлевые)  Перчатки нестерильные |
| 6. Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги  6.1. Алгоритм выполнения внутримышечного введения лекарственных препаратов | I. Подготовка к процедуре  1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры.  2. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  3. Взять упаковку и проверить пригодность лекарственного препарата (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, определить по внешнему виду). Сверить назначения врача.  4. Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение. Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата.  5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  6. Обработать руки антисептиком. Не сушить , дождаться полного высыхания антисептика.  7. Надеть нестерильные перчатки.  8. Подготовить шприц. Проверить срок годности, герметичность упаковки.  9. Набрать лекарственный препарат в шприц.  *Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы*  Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.  Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.  Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептическим раствором. Вскрыть ампулу.  Набрать лекарственный препарат в шприц.  Выпустить воздух из шприца.  *Набор лекарственного препарата из флакона, закрытого алюминиевой крышкой*  Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, срок годности.  Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, прикрывающую резиновую пробку. Протереть резиновую пробку ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором.  Ввести иглу под углом 90° во флакон, перевернуть его вверх дном, слегка оттягивая поршень, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата.  Извлечь иглу из флакона, заменить ее на новую стерильную иглу, проверить ее проходимость.  10. Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток.  11. Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой инъекции для выявления противопоказаний во избежание возможных осложнений.  II. Выполнение процедуры  1. Обработать место инъекции не менее, чем двумя салфетками или шариками, смоченными антисептическим раствором.  2. Взять шприц одной рукой, придерживая канюлю иглы мизинцем.  3. Туго натянуть кожу пациента в месте инъекции большим и указательным пальцами другой руки (у ребёнка и старого человека захватите мышцу в складку, что увеличит массу мышцы) и облегчит введение иглы.  4. Ввести иглу быстрым движением под углом 90°на 2/3 её длины.  5. Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не находится в сосуде.  6. Медленно ввести лекарственный препарат в мышцу.  7. Извлечь иглу, прижать к месту инъекции шарик с антисептическим раствором, не отрывая руки с шариком, слегка помассировать место введения лекарственного препарата.  III. Окончание процедуры  1. Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал.  2. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б  3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  4. Уточнить у пациента его самочувствие.  5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию. |
| 7. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики | Подготовка оснащения для выполнения процедуры всегда проводится в процедурном кабинете.  При проведении инъекции в мышцы бедра или плеча шприц держать в правой руке как писчее перо, под углом, чтобы не повредить надкостницу.  При назначении инъекций длительным курсом при необходимости после каждой инъекции наложить на место введения лекарственного препарата грелку или сделать «йодную сетку» (уровень убедительности доказательства С).  Через 15-30 минут после инъекции обязательно узнать у пациента его самочувствие и реакцию на введённое лекарство (выявление осложнений и аллергических реакций).  Основными местами для проведения внутримышечной инъекции являются: верхняя треть наружной поверхности плеча, наружная и передняя поверхность бедра в верхней и средней трети, верхний наружный квадрант ягодицы.  При вскрытии флакона необходимым условием является надпись на флаконе, сделанная медицинским работником с отметкой даты вскрытия и времени. |
| 8. Достигаемые результаты и их оценка | Препарат пациенту введен.  Пациент чувствует себя комфортно. |
| 9. Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи | Пациент или его родители (для детей до 15 лет) 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). |
| Содержание требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения |
| 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 постинъекционных осложнений.  Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.  Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. |

**ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

|  |  |
| --- | --- |
| Содержание требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения |
| 1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования  1.1. Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги  1.2. Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу | 1. Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: Лечебное дело, Сестринское дело, Акушерское дело.  2. Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: Лечебное дело, Педиатрия, Стоматология.  Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги. |
| 2. Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала  2.1. Требования по безопасности труда при выполнении услуги | До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.  Во время процедуры обязательно использование перчаток.  Обязательно использование непрокалываемого контейнера для использованных игл.  При угрозе разбрызгивания крови обязательно использование защитных средств (маска, очки и др.). |
| Содержание требования, условия | Требования по реализации, алгоритм выполнения |
| 3. Условия выполнения простой медицинской услуги | Амбулаторно-поликлинические  Стационарные  Транспортные |
| 4. Функциональное назначение простой медицинской услуги | Диагностика заболеваний  Лечение заболеваний |
| 5. Материальные ресурсы  5.1. Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения  5.2. Лекарственные средства  5.3. Препараты крови  5.4. Прочий расходуемый материал | Столик манипуляционный  Лоток стерильный  Лоток нестерильный  Жгут венозный  Шприц инъекционный однократного применения от 10 до 20 мл  Система для внутривенного капельного вливания однократного применения  Игла инъекционная  Непрокалываемый контейнер для использованных шприцев, непромокаемый пакет (в условиях «скорой медицинской помощи»)  Стойка-штатив для системы внутривенного капельного вливания  Нестерильные ножницы или пинцет (для открытия флакона)  Пилочка (для открытия ампулы)  Подушечка из влагостойкого материала  Емкости для дезинфекции  Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б  Стол, стул (для введения лекарственных препаратов в положении сидя)  Кушетка (для ведения лекарственных препаратов в положении лежа)  Антисептический раствор для обработки инъекционного поля, шейки ампулы, резиновой пробки флакона  Раствор натрия хлорида  Антисептик для обработки рук  Дезинфицирующее средство  Салфетка  Перчатки нестерильные  Перчатки стерильные  Маска  Салфетки марлевые стерильные  Салфетки марлевые (ватные шарики)  Бинт  Лейкопластырь – 2-3 полоски или самоклеющаяся полупроницаемая повязка для фиксации иглы/катетера в вене |
| 6. Характеристика выполнения методики простой медицинской услуги  6.1. Алгоритм внутривенного введения лекарственных препаратов (струйно)  6.2. Алгоритм внутривенного введения лекарственных средств (капельно с помощью системы для вливания инфузионных растворов)  6.3. Алгоритм внутривенного введения лекарственных препаратов струйно или капельно через катетер установленный в центральной вене  6.4. Алгоритм внутривенного введения лекарственных препаратов струйно и капельно через катетер установленный в периферической вене | ***Алгоритм внутривенного введения лекарственных препаратов (струйно)***  I. Подготовка к процедуре  1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  2. Взять упаковку и проверить пригодность лекарственного препарата (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, определить по внешнему виду). Сверить назначения врача.  3. Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа.  4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  5. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.  6. Надеть нестерильные перчатки.  7. Подготовить шприц.  Проверить срок годности, герметичность упаковки.  8. Набрать лекарственный препарат в шприц.  *Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы*  Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.  Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.  Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептическим раствором. Вскрыть ампулу.  Набрать лекарственный препарат в шприц.  Выпустить воздух из шприца.  *Набор лекарственного препарата из флакона, закрытого алюминиевой крышкой*  Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, срок годности.  Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, прикрывающую резиновую пробку. Протереть резиновую пробку ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором.  Ввести иглу под углом 90° во флакон, перевернуть его вверх дном, слегка оттягивая поршень, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата.  Извлечь иглу из флакона, заменить ее на новую стерильную иглу, проверить ее проходимость.  9. Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток.  10. Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой венепункции для выявления противопоказаний во избежание возможных осложнений.  11. При выполнении венепункции в область локтевой ямки - предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку.  12. Наложить жгут (на рубашку или пеленку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.  13. При выполнении венепункции в область локтевой ямки – наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяется на лучевой артерии.  14. Надеть нестерильные перчатки.  II. Выполнение процедуры.  1. Обработать область венепункции не менее чем двумя салфетками/ватными шариками с антисептическим раствором, движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену.  2. Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху.  3. Другой рукой натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держа иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, 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 – держа шприц одной рукой, другой потянуть поршень на себя, при этом в шприц должна поступить кровь (темная, венозная).  5. Развязать или ослабить жгут и попросить пациента разжать кулак. Для контроля нахождения иглы в вене еще 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 соответствие с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце незначительное количество раствора.  7. Прижать к месту инъекции салфетку или ватный шарик с антисептическим раствором.  8. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку или ватный шарик у места инъекции 5 - 7 минут, прижимая большим пальцем второй руки или забинтовать место инъекции.  9. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.  III. Окончание процедуры.  1. Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.  2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  3. Уточнить у пациента о его самочувствии.  4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию.  ***Алгоритм внутривенного введения лекарственных средств (капельно с помощью системы для вливания инфузионных растворов)***  I. Подготовка к процедуре  1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры.  2. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  3. Предложить пациенту опорожнить мочевой пузырь, учитывая длительность выполнения.  4. Предложить пациенту или помочь занять ему удобное положение, которое зависит от его состояния здоровья.  5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  6. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.  7. Надеть нестерильные перчатки.  8. Заполнить устройство для вливаний инфузионных растворов однократного применения и поместить его на штативе для инфузионных вливаний.  ***Заполнение устройства для вливаний инфузионных растворов однократного применения***  Проверить срок годности устройства и герметичность пакета.  Прочитать надпись на флаконе: название, срок годности. Убедиться в его пригодности (цвет, прозрачность, осадок).  Нестерильными ножницами или пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона, обработать резиновую пробку флакона ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором.  Вскрыть упаковочный пакет и извлечь устройство (все действия производятся на рабочем столе).  Снять колпачок с иглы воздуховода, ввести иглу до упора в пробку флакона. В некоторых системах отверстие воздуховода находится непосредственно над капельницей. В этом случае нужно только открыть заглушку, закрывающую это отверстие.  Закрыть винтовой зажим.  Перевернуть флакон и закрепить его на штативе.  Повернуть устройство в горизонтальное положение, открыть винтовой зажим: медленно заполнить капельницу до половины объема. Если устройство снабжено мягкой капельницей, и она соединена жестко с иглой для флакона, необходимо одновременно с двух сторон сдавить ее пальцами и жидкость заполнит капельницу.  Закрыть винтовой зажим и вернуть устройство в исходное положение, при этом фильтр должен быть полностью погружен в лекарственный препарат, предназначенный для вливания.  Открыть винтовой зажим и медленно заполнить длинную трубку системы до полного вытеснения воздуха и появления капель из иглы для инъекций. Капли лекарственного препарата лучше сливать в раковину под струю воды во избежание загрязнения окружающей среды.  Можно заполнять систему, не надевая иглу для инъекций, в этом случае капли должны показаться из соединительной канюли.  Убедиться в отсутствии пузырьков воздуха в трубке устройства (устройство заполнено).  Положить в стерильный лоток или в упаковочный пакет иглу для инъекции, закрытую колпачком, стерильные салфетки или ватные шарики с антисептическим раствором, стерильную салфетку сухую.  Приготовить 2 полоски узкого лейкопластыря, шириной 1 см, длинной 4-5 см.  Доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением, штатив с капельницей.  9. Обследовать, пропальпировать место предполагаемой венепункции для выявления противопоказаний во избежание возможных осложнений.  10. Наложить венозный жгут (на рубашку или пеленку) в средней трети плеча, проверить наличие пульса на лучевой артерии, попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.  II. Выполнение процедуры  1. Обработать область локтевого сгиба не менее, чем двумя салфетками или ватными шариками с антисептическим раствором, движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену.  2. Фиксировать вену пальцем, натянув кожу над местом венепункции.  Пунктировать вену иглой с подсоединенной к ней системой, держа иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более, чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену, ощущается «попадание в пустоту». При появлении в канюле иглы крови попросить пациента разжать кисть, одновременно развязать или ослабить жгут. Все использованные салфетки или ватные шарики помещаются в непромокаемый пакет.  3. Открыть винтовой зажим капельной системы, отрегулировать винтовым зажимом скорость капель (согласно назначению врача).  4. Закрепить иглу и систему лейкопластырем, прикрыть иглу стерильной салфеткой, закрепить ее лейкопластырем.  5. Снять перчатки, поместить их в непромокаемый пакет.  6. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  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 антисептического раствора).  2. Надеть нестерильные перчатки.  3. Закрыть винтовой зажим капельной системы, извлечь иглу из вены, прижать место пункции на 5 - 7 минут салфеткой или ватным шариком с антисептическим раствором, прижимая большим пальцем второй руки или забинтовать место инъекции.  4. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.  5. Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять нестерильные перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.  6. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  7. Уточнить у пациента его самочувствие.  8. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию.  ***Алгоритм внутривенного введения лекарственных препаратов струйно или капельно через катетер, установленный в центральной вене***  I Подготовка к процедуре.  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. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  Предложить пациенту или помочь занять ему удобное положение (сидя или лежа). Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата и способа введения лекарственного препарата – струйно или капельно.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.  Надеть нестерильные ператки.  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.  Алгоритм набора лекарственного препарата и заполнение системы см. п.8.6.1.6 и п.8.6.2.5.  Доставить в палату необходимое оснащение.  II Выполнение процедуры.  Обложить место, где установлен центральный катетер, стерильными салфетками.  Снять пробку (заглушку) с катетера и положить ее на стерильную салфетку, наружный вход катетера обработать стерильной салфеткой или марлевым шариком, смоченным антисептическим раствором.  Если будет использоваться старая пробка, то ее нужно обработать антисептическим раствором и поместить в стерильную салфетку. Рекомендуется использовать новую заглушку.  Подключить шприц (без иглы), потянуть поршень на себя до появления крови в шприце; или систему для переливания инфузионных растворов.  10.1. При струйном введении - нажать на поршень и медленно (в соответствие с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце несколько миллилитров лекарственного препарата.  10.2. 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 удается ввести с обычным усилием, следует прекратить процедуру, сообщить врачу, и ставить вопрос о замене катетера.  При капельном способе введения лекарственных препаратов, после подсоединения системы для капельных вливаний, закрепить ее, снять печатки, поместить их непромокаемый мешок, убедиться, что пациенту удобно, вымыть руки. Наблюдать за пациентом до окончания процедуры.  III Окончание процедуры.  10. 1. При струйном введении лекарственных препаратов - отсоединить шприц от катетера и закрыть катетер стерильной пробкой.  10. 2. При капельном способе введения лекарственных препаратов – вымыть руки, надеть стерильные перчатки. Отсоединить систему для переливания инфузионных растворов от катетера, закрыть катетер стерильной пробкой.  Закрыть катетер стерильной салфеткой, закрепить ее.  Поместить использованное устройство для вливаний инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки или ватные шарики, пеленку в непрокалываемую емкость и транспортировать в процедурный кабинет. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Уточнить у пациента его самочувствие.  Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию.  I Подготовка к выполнению процедуры.  Идентифицировать пациента, представиться, 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. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  Предложить пациенту или помочь занять ему удобное положение (сидя или лежа). Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата и способа введения лекарственного препарата – струйно или капельно. Процедура может быть проведена как в палате, так и в процедурном кабинете.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.  Надеть нестерильные перчатки.  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.  Алгоритм набора лекарственного препарата и заполнение системы см. п.6.1.6 и п.6.2.5.  Доставить в палату необходимое оснащение  II Выполнение процедуры.  Снять пробку и положить ее на стерильную салфетку, наружный вход катетера обработать стерильной салфеткой или ватным шариком, смоченным антисептическим раствором.  Подключить шприц (без иглы), потянуть поршень на себя до появления крови в шприце; или присоединить систему для переливания инфузионных растворов.  9.1. При струйном введении - нажать на поршень и медленно (в соответствие с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце несколько миллилитров лекарственного препарата.  9.2. При капельном способе внутривенного введения лекарственных препаратов проверить проходимость катетера, подсоединив к нему шприц с физиологическим раствором – 2 мл. Скорость введения зависит от назначения врача.  Количество миллилитров, оставляемых в шприце должно быть достаточным для обеспечения безопасного введения (препятствие попадания в вену пузырьков воздуха).  Если, при нажатии на поршень, лекарственный препарат не удается ввести с обычным усилием, то следует прекратить процедуру, сообщить врачу, и ставить вопрос о замене катетера.  При капельном способе введения лекарственного препарата, после подсоединения системы для капельных вливаний, закрепить ее, снять печатки, поместить их непромокаемый мешок, убедиться, что пациенту удобно, вымыть руки. Наблюдать за пациентом до окончания процедуры.  Окончание процедуры.  10.1. При струйном способе введения - отсоединить шприц от катетера и, закрыть катетер стерильной пробкой.  10.2. При капельном способе введения лекарственного препарата – вымыть руки, надеть нестерильные перчатки. Отсоединить систему для переливания инфузионных растворов от катетера, закрыть катетер стерильной пробкой.  11. Закрыть катетер стерильной салфеткой и закрепить ее.  12. Если процедура проводилась в процедурном кабинете, то поместить использованное устройство для вливаний инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки или ватные шарики в емкость с дезинфицирующим раствором. Если процедура проводилась в палате, то поместить использованное устройство для вливаний инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки или ватные шарики в непрокалываемую емкость и транспортировать в процедурный кабинет.  13. Снять перчатки и поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.  14. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Уточнить у пациента о его самочувствии.  Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию. |
| 7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики | Подготовка оснащения для выполнения процедуры всегда проводится в процедурном кабинете.  При необходимости по назначению врача перед инъекцией промывают катетер гепарином.  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, в вены свода черепа. Новорожденным, детям раннего и младшего возраста технология простой медицинской услуги «Внутривенное введение лекарственных препаратов» выполняется в височные вены головы, плечевую вену.  При выполнении технологии следует учитывать возрастные особенности венозной системы, а также условия выполнения процедуры.  Выбор положения пациента зависит от состояния пациента; вводимого препарата (если у пациента приступ бронхиальной астмы, то удобное для него положение – «сидя», гипотензивные препараты следует вводить в положении «лежа», т. к. при резком снижении давления может возникнуть головокружение или потеря сознания). 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.  При наложении жгута женщине, не использовать руку на стороне мастэктомии.  Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных шариков с антисептиком, сколько это необходимо.  При выполнении внутривенного введения лекарственного препарата в условиях процедурного кабинета выбросить салфетку или ватный шарик в педальное ведро; при выполнении внутривенного введения лекарственного препарата в других условиях, поместить салфетку или ватный шарик в непромокаемый пакет. Для транспортировки в процедурный кабинет.  В условиях транспортировки и оказания скорой медицинской помощи специализированной службой мытье рук (из-за невозможности в условиях транспортировки) заменяется на надевание перчаток и их обработку антисептиком.  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. |
| 8 Достигаемые результаты и их оценка. | Назначенное врачом лекарственное средство введено внутривенно с помощью шприца (струйно).  Пациенту введен необходимый объем жидкости с помощью системы для вливания инфузионных растворов (капельно).  Достигнут терапевтический эффект при отсутствии осложнений.  Простая медицинская услуга проведена с минимальным дискомфортом для пациента. |
| 9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи | Пациент или его родители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему врачом, медсестрой, фельдшером, или акушеркой, 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. |

**ЗАКАПЫВАНИЕ КАПЕЛЬ В ГЛАЗА**

**Цель:** Закапать капли в глаза пациента.

**Показания:** По назначению врача.

**Противопоказания:** Нет.

**Оснащение:**

1. Флакон с лекарственным препаратом.

2. Пипетка.

3. Стерильные марлевые шарики.

4. Мыло и полотенце.

5. Ёмкость для сброса использованного материала.

6. Ёмкости с накопителем.

7. Перчатки.

|  |  |
| --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды** |
| 1. | Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе её выполнения. |
| 2. | Получите согласие пациента. |
| 3. | Получите согласие пациента. |
| 4. | Прочитайте название лекарственного препарата на флаконе, срок годности. |
| 5. | Усадите или уложите пациента. |
| 6. | Вымойте и высушите руки. |
| 7. | Наберите в пипетку нужное количество капель. |
| 8. | Возьмите в левую руку марлевый шарик. |
| 9. | Попросите пациента слегка запрокинуть голову и посмотреть вверх. |
| 10. | Оттяните нижнее веко стерильным марлевым шариком. |
| 11. | Закапайте 2-3 капли лекарственного вещества в нижнюю коньюктивидную складку. |
| 12. | Попросите пациента закрыть глаза. |
| 13. | Возьмите другой стерильный марлевый шарик. |
| 14. | Промокните остатки капель у внутреннего угла глаза. |
| 15. | Повторите все те же действия при закапывании капель во второй глаз. |
| 16. | Убедитесь, что пациент не испытывает неудобств после манипуляции. |
| 17. | Использованные шарики сбросьте в ёмкость для сброса использованного материала. |
| 18. | Снимите перчатки и сбросьте их в накопитель. |
| 19. | Вымойте и высушите руки. |

**ЗАКАПЫВАНИЕ КАПЕЛЬ В НОС**

**Цель:** Закапать капли в нос пациента.

**Показания:** По назначению врача.

**Противопоказания:** Нет.

**Оснащение:**

1. Маска.

2. Флакон с лекарственным препаратом.

3. Пипетка.

4. Салфетки.

5. Мыло и полотенце.

6. Ёмкости с накопителем.

|  |  |
| --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды** |
| 1. | Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе её выполнения. |
| 2. | Получите согласие пациента. |
| 3. | Сообщите пациенту необходимую информацию о лекарственном препарате и его побочных действиях. |
| 4. | Прочитайте название лекарственного препарата на флаконе, срок годности. |
| 5. | Наденьте маску. |
| 6. | Усадите или уложите пациента. |
| 7. | Вымойте и высушите руки. |
| 8. | Наденьте перчатки. |
| 9. | Попросите пациента освободить носовую полость от слизи (высморкаться) поочерёдно из каждой ноздри, используя салфетку. |
| 10. | Попросить пациента сесть, слегка запрокинув голову и склонить ее (при закапывании в левую ноздрю — влево, в правую — вправо). При введении **сосудосуживающих капель.** |
| 11. | Наберите в пипетку необходимое количество лекарственного препарата. |
| 12. | Приподнимите кончик носа пациента левой рукой. |
| 13. | Закапайте в левую половину носа 3-4 капли лекарственного препарата. |
| 14. | Попросите пациента прижать пальцем левой руки крыло носа к перегородке и сделать лёгкие вращательные движения. |
| 15. | Введите капли в другую половину носа соблюдая ту же последовательность. |
| 16. | Убедитесь, что пациент не испытывает неудобств после манипуляции. |
|  | При введении **масляных капель**:  а) попросить пациента лечь и слегка запрокинуть голову;  б) предупредить пациента, что он обязательно почувствует вкус капель после закапывания (если они предназначены для смачивания и задней стенки глотки);  в) приподнять кончик носа пациента и закапать в каждый нижний носовой ход по 5—6 капель;  г) попросить пациента полежать несколько минут;  д) убедиться, что капли попали на заднюю стенку глотки (пациент должен почувствовать вкус капель). |
| 17. | Погрузите пипетку в накопитель. |
| 18. | Снимите маску. |
| 19. | Вымойте и высушите руки. |

**ЗАКАПЫВАНИЕ КАПЕЛЬ В УХО**

**Цель:** Закапать капли в ухо пациента.

**Показания:** По назначению врача.

**Противопоказания:** Нет.

**Оснащение:**

1. Флакон с лекарственным препаратом.

2. Пипетка.

3. Мыло и полотенце.

4. Ёмкости с накопителем.

5. Перчатки

|  |  |
| --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды** |
| 1. | Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе её выполнения. |
| 2. | Получите согласие пациента. |
| 3. | Сообщите пациенту необходимую информацию о лекарственном препарате и его побочных действиях. |
| 4. | Прочитайте название лекарственного препарата на флаконе, срок годности. |
| 5. | Помогите пациенту лечь на бок. |
| 6. | Вымойте и высушите руки. |
| 7. | Наденьте перчатки. |
| 8. | Наберите в пипетку 6-8 капель лекарственного препарата предварительно подогрев его до температуры 37°С на водяной бане. |
| 9. | Оттяните ушную раковину кзади и кверху. |
| 10. | Закапайте капли в ухо. |
| 11. | Попросите пациента полежать на боку 10-15 минут. |
| 12. | Убедитесь, что пациент не испытывает неудобства после манипуляции. |
| 13. | Погрузите пипетку в накопитель. |
| 14. | Вымойте и высушите руки. |

**ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ИНГАЛЯЦИОННЫМ СПОСОБОМ ЧЕРЕЗ РОТ**

**Цель:** Обучить пациента самостоятельно пользоваться ингалятором.

**Показания:** По назначению врача.

**Противопоказания:** Определяет врач

**Оснащение:**

1. Ингалятор с лекарственным веществом.

2. Ингалятор без лекарственного вещества.

3. Мыло и полотенце.

4. Перчатки

|  |  |
| --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды** |
| 1. | Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе её выполнения. |
| 2. | Получите согласие пациента. |
| 3. | Вымойте и высушите руки. |
| 4. | Наденьте перчатки. |
| 5. | Информируйте пациента о лекарственном препарате и его побочных действиях. |
| 6. | Продемонстрируйте пациенту выполнение процедуры, используя ингалятор без лекарственного вещества. |
| 7. | Снимите с ингалятора защитный колпачок. |
| 8. | Переверните ингалятор вверх дном и встряхните его. |
| 9. | Сделайте глубокий выдох. |
| 10. | Вставьте себе в рот мундштук ингалятора, обхватив его губами. |
| 11. | Сделайте глубокий вдох и одновременно нажмите на дно баллончика. |
| 12. | Извлеките мундштук ингалятора изо рта, задержав дыхание на 10-15 секунд. |
| 13. | Сделайте спокойный выдох. |
| 14. | Усадите или уложите пациента. |
| 15. | Попросите пациента имитировать применение ингалятора самостоятельно. |
| 16. | Убедитесь, что пациент правильно выполнил манипуляцию. |
| 17. | Снимите перчатки, сбросьте их в накопитель. |
| 18. | Вымойте и высушите руки. |

**ВЗЯТИЕ МАЗКА ИЗ ЗЕВА**

**ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Цель:** Взять содержимое из зева, для бактериологического исследования.

**Показания:** По назначению врача.

**Оснащение:**

1. Маска и перчатки.

2. Шпатель стерильный.

3. Стерильная пробирка с тупфером.

4. Направление в бактериологическую лабораторию.

5. Штатив для пробирки.

6. Ёмкости с накопителем.

7. Мыло и полотенце.

8. Контейнер.

|  |  |
| --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды** |
| 1. | Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе её выполнения. |
| 2. | Получите его согласие. |
| 3. | Выясните, когда ел и пил пациент, т.к. материал берётся натощак или не ранее, чем через 2 часа после еды, питья, полоскания горла. |
| 4. | Вымойте руки. |
| 5. | Наденьте маску, перчатки. |
| 6. | Усадите пациента. |
| 7. | Попросите пациента слегка запрокинуть голову. |
| 8. | Возьмите в левую руку пробирку и шпатель. |
| 9. | Попросите пациента открыть широко рот. |
| 10. | Придавите левой рукой шпателем корень языка книзу и кпереди. |
| 11. | Проводите взятие мазков под визуальным контролем при достаточном освещении. |
| 12. | Введите стерильный тампон и снимите налёт на границе поражённого участка, не касаясь языка и щёк. |
| 13. | Поместите полученный материал в стерильную пробирку, не касаясь её наружной поверхности. |
| 14. | Промаркируйте пробирку «З» и поставьте в штатив. |
| 15. | Оформите направление в бактериологическую лабораторию. |
| 16. | Снимите маску, перчатки, погрузите их в ёмкость с накопителем. |
| 17. | Продезинфицируйте шпатель и выбросите его. |
| 18. | Вымойте руки. |
| 19. | Отправьте пробирку в лабораторию не позднее, чем через 2 часа в контейнере. |

**ПОСТАНОВКА СОГРЕВАЮЩЕГО КОМПРЕССА**

**Цель**: лечебная.

**Показания**: назначения врача.

**Противопоказания**: гнойные заболевания кожи, гипертермия.

**Оснащение**: салфетка (льняная 4 слоя или марлевая 6-8 слоев), вощенная или компресная бумага (полиэтилен использовать нельзя!), вата, ножницы, бинт, почкообразный лоток, этиловый спирт (40-45) или водка.

**Техника выполнения:**

1. Приготовьте первый слой компресса (салфетку) так, чтобы его размеры были на 3 см больше места поражения, каждый последующий слой компресса должен быть больше предыдущего на 2-3 см.
2. Смочите салфетку в емкости со спиртом, и хорошо отожмите.
3. Положите ее на нужный участок тела.
4. Наложите вощеную бумагу (если на ухо – вырезать в бумаге отверстие).
5. Наложите поверх бумаги слой ваты, который должен полностью закрыть два предыдущих слоя.
6. Закрепите бинтом компресс так, чтобы он плотно прилегал к телу, но не стеснял движения пациента.
7. Уточните через некоторое время у пациента его ощущения.
8. Оставьте компресс на 6-8 часов (лучше компрессы ставить на ночь).
9. Проверьте через 1,5-2 часа правильность постановки компресса, для этого подведите палец под первый слой компресса, если он влажный, теплый, то компресс поставлен правильно; если сухой, то компресс необходимо поставить заново.
10. Снимите компресс через положенное время (6-8 часов), вытрите кожу насухо и наложите сухую повязку.
11. Проведите гигиеническую обработку рук.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ЭКСПРЕСС-МЕТОДОМ**

**Цель:** определить уровень глюкозы крови и оценить компенсацию диабета.

**Показания:** по назначению врача для оценки компенсации диабета и коррекции сахароснижающей терапии, для самоконтроля.

**Оснащение:**

1. Глюкометр (прошедший ежегодную проверку, соответствующий стандартам iso 15197:2003)
2. Тест-полоски.
3. Ручка для прокалывания
4. Ланцеты
5. Контрольный раствор
6. Дезинфицирующие салфетки
7. Перчатки нестерильные

**Подготовка к процедуре:**

1. Получить информированное согласие пациента на определение уровня глюкозы в крови с помощью глюкометра.

2. Провести обработку рук гигиеническим способом.

3. Подготовить прибор для исследования. В него входит глюкометр, [тест-полоски](http://xn--80achgm7d.xn--p1ai/dictionary/term-151), ланцет для прокалывания подушечки пальца

4. Перед измерением убедиться, что код на флаконе с тест-полосками совпадает с кодом на дисплее глюкометра. Если это не так, то необходимо перекодировать прибор.

5. Убедиться, что в устройство для прокалывания пальца вставлен новый ланцет.

**Выполнение процедуры:**

1. Подготовить набор для тестирования.
2. Надеть нестерильные перчатки.
3. Поместить тест-полоску в глюкометр.
4. Проколоть ланцетом подушечку пальца сбоку, где расположено меньше нервных окончаний, нежели посередине подушечки пальца. Вероятно, придется сжать палец для того, чтобы появилась кровь. Если кровь не появляется, необходимо проткнуть палец еще раз.
5. После появления крови необходимо поместить каплю на тест-полоску, подождать несколько секунд. Результат появится через 5–10 секунд.
6. Если проверка не удалась, необходимо повторить процедуру.

**Окончание процедуры:**

1. В случае успешной процедуры необходимо удалить с помощью дезенфицирующей салфетки кровь с пальца.
2. Удалить тест-полоску из глюкометра.
3. Удалить использованный ланцет из устройства для прокалывания.
4. Утилизировать использованный ланцет и тест-полоску.
5. Обработать руки гигиеническим способом.
6. Записать результаты в [дневник](http://xn--80achgm7d.xn--p1ai/diary/).
7. О результатах измерения сообщить врачу.

**Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.**

* Место прокалывания не должно быть влажным, т. к. жидкость разбавляет пробу крови, что также ведет к неверным результатам измерения.
* Рекомендуется использовать 3 пальца на каждой руке (обычно не прокалывают большой и указательный пальцы).
* Прокалывание наименее болезненно, если Вы берете кровь не прямо из центра подушечки пальца, а слегка сбоку. Не прокалывайте палец глубоко. Чем глубже прокол, тем больше повреждение тканей, выберите оптимальную глубину прокола на ручке для прокалывания. Для взрослого человека это уровень 2-3
* Выдавите первую капельку крови и уберите ее сухой ваткой. Следите за тем, чтобы кровь оставалась каплеобразной и не смазывалась. Смазанная капля не может быть впитана тест-полоской.
* Не сжимайте палец, чтобы получить большую каплю крови. При сжатии кровь смешивается с тканевой жидкостью, что может вести к неверным результата измерений.
* Учтите: отверстия для забора крови находятся по краям тест-полоски, а не на плоскости. Поэтому подведите палец к краю тест-полоски слева или справа, они помечены чёрным цветом. Под действием капиллярных сил, необходимое количество крови втягивается автоматически.
* Вынимайте тест-полоску из упаковки непосредственно перед измерением. Тест-полоски чувствительны к влаге.
* Упаковка с тест-полосками всегда должны быть плотно закрыта. Она имеет покрытие, поддерживающее тест-полоски сухими. Поэтому ни в коем случае не перекладывайте тест-полоски в другую емкость.
* Храните тест-полоски при нормальной комнатной температуре. Температура хранения составляет +4 — +30 °C.
* Не используйте тест-полоски по истечении срока годности, обозначенного на упаковке.