ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО

ПО ТЕХНИЧЕСКОМУ РЕГУЛИРОВАНИЮ И МЕТРОЛОГИИ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОСТ Р 52623.3— 2015

Технологии выполнения простых медицинских услуг

МАНИПУЛЯЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

Издание официальное

Москва
Стандартинформ
2015

gost.e-ecolog.ru

Предисловие

1 РАЗРАБОТАН Межрегиональной общественной организацией «Общество фармакоэкономических исследований», Общероссийской общественной организацией «Ассоциация медицинских сестер России»

2 ВНЕСЕН Техническим комитетом по стандартизации ТК 466 «Медицинские технологии»

3 УТВЕРЖДЕН И ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 31 марта 2015 г. № 199-ст

4 ВВЕДЕН ВПЕРВЫЕ

*Правила применения настоящего стандарта установлены в ГОСТ Р 1.0—2012 (раздел 8). Информация об изменениях к настоящему стандарту публикуется в ежегодном (по состоянию на 1 января текущего года) информационном указателе «Национальные стандарты», а официальный текст изменений и поправок — в ежемесячном информационном указателе «Национальные стандарты». В случае пересмотра (замены) или отмены настоящего стандарта соответствующее уведомление будет опубликовано в ближайшем выпуске ежемесячного информационного указателя «Национальные стандарты». Соответствующая информация, уведомление и тексты размещаются также в информационной системе общего пользования — на официальном сайте Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии в сети Интернет (*gost.e-ecolog.ru

© Стандартинформ, 2015

Настоящий стандарт не может быть полностью или частично воспроизведен, тиражирован и распространен в качестве официального издания без разрешения Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии

Содержание

1 Область применения 1
2 Нормативные ссылки 2
3 Общие положения. 2
4 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного» 3
5 Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка горчичников» 6
6 Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка банок» 8
7 Технология выполнения простой медицинской услуги «Бритье кожи предоперационного или поврежденного участка» 11
8 Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка пиявок». 13
9 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии» 16
10 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких». 18
11 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером» 22
12 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за сосудистым катетером» 24
13 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при гастростомах». 30
14 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за назогастральным зондом» 32
15 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при илеостоме» 34
16 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при стомах толстого кишечника» 36
17 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при дефекации тяжелого больного» 40
18 Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка очистительной клизмы». 43
19 Технология выполнения простой медицинской услуги «Удаление копролита» 45
20 Технология выполнения простой медицинской услуги «Спринцевание влагалища» 47
21 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при мочеиспускании тяжелого больного» 50
22 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за постоянным мочевым катетером» 52
23 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за внешним мочевым катетером» 54
24 Технология выполнения простой медицинской услуги «Перемещение тяжелобольного в постели» 56

25 Технология выполнения простой медицинской услуги «Размещение тяжелобольного в постели» . . . 59
26 Технология выполнения простой медицинской услуги «Транспортировка тяжелобольного внутри учреждения» . . . 64
27 Технология выполнения простой медицинской услуги «Кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд» . . . 68
28 Технология выполнения простой медицинской услуги «Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному» . . . 71
29 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному» . . . 73
30 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного» . . . 75
31 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за пупочной ранкой новорожденного» . . . 77
32 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пеленание новорожденного» . . . 79
33 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за дренажом» . . . 83
34 Технология выполнения простой медицинской услуги «Оценка интенсивности боли» . . . 87
Приложение А (рекомендуемое) Области наложения горчичников . . . 92
Приложение Б (рекомендуемое) Способы пеленания новорожденного . . . 93
Приложение В (рекомендуемое) Вопросник (анкета) McGill по определению степени выраженности болевого синдрома . . . 97

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Технологии выполнения простых медицинских услуг

МАНИПУЛЯЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

Technologies of simple medical services. Manipulations of nursing care

Дата введения — 2016—03—01

1 Область применения

Настоящий стандарт устанавливает требования к технологиям выполнения простых медицинских услуг манипуляций сестринского ухода (далее — ТПМУМСУ), включая:

- уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного;
- постановка горчичников;
- постановка банок;
- бритье кожи предоперационное или поврежденного участка;
- постановка пиявок;
- уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии;
- уход за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких;
- уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером;
- уход за сосудистым катетером;
- пособие при гастростомах;
- уход за назогастральным зондом;
- пособие при илеостоме;
- пособие при стомах толстого кишечника;
- пособие при дефекации тяжелого больного;
- постановка очистительной клизмы;
- удаление копролита;
- спринцевание влагалища;
- пособие при мочеиспускании тяжелого больного;
- уход за постоянным мочевым катетером;
- уход за внешним мочевым катетером;
- перемещение тяжелобольного в постели;
- размещение тяжелобольного в постели;
- транспортировка тяжелобольного внутри учреждения;
- кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд;
- приготовление и смена постельного белья тяжелобольному;
- пособие по смене белья и одежды тяжелобольному;
- уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного;
- уход за пупочной ранкой новорожденного;
- пеленание новорожденного;
- уход за дренажом;
- оценка интенсивности боли.

Издание официальное

Настоящий стандарт предназначен для применения медицинскими организациями и учреждениями федеральных, территориальных и муниципальных органов управления здравоохранением, систем обязательного и добровольного медицинского страхования, другими медицинскими организациями различных организационно-правовых форм деятельности, направленной на оказание медицинской помощи.

2 Нормативные ссылки

В настоящем стандарте использована нормативная ссылка на следующий стандарт:
ГОСТ Р 52623.0—2006 Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие положения

Примечание — При пользовании настоящим стандартом целесообразно проверить действие ссылочных стандартов в информационной системе общего пользования — на официальном сайте Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии в сети Интернет или по ежегодному информационному указателю «Национальные стандарты», который опубликован по состоянию на 1 января текущего года, и по выпускам ежемесячного информационного указателя «Национальные стандарты» за текущий год. Если заменен ссылочный стандарт, на который дана недатированная ссылка, то рекомендуется использовать действующую версию этого стандарта с учетом всех внесенных в данную версию изменений. Если заменен ссылочный стандарт, на который дана датированная ссылка, то рекомендуется использовать версию этого стандарта с указанным выше годом утверждения (принятия). Если после утверждения настоящего стандарта в ссылочный стандарт, на который дана датированная ссылка, внесено изменение, затрагивающее положение, на которое дана ссылка, то это положение рекомендуется применять без учета данного изменения. Если ссылочный стандарт отменен без замены, то положение, в котором дана ссылка на него, рекомендуется применять в части, не затрагивающей эту ссылку.

3 Общие положения

3.1 Настоящий стандарт разработан в соответствии с ГОСТ Р 52623.0 и обеспечивает решение следующих задач при выполнении технологий простых медицинских услуг манипуляций сестринских услуг:

- установление единых требований к технологиям и структурирование методик их выполнения;
- унификация расчета затрат на выполнение простых медицинских услуг;
- установление единых требований к формированию навыков выполнения простых медицинских услуг на додипломном и последипломном уровнях профессионального медицинского образования;
- оценка качества выполнения простой медицинской услуги;

3.2 ТПМУМСУ представляют собой систематизированные своды медицинских правил и условий, технического обеспечения, определяющие порядок и последовательность действий, выполняемых медицинским персоналом. Манипуляции сестринского ухода выполняют специалисты со средним профессиональным медицинским образованием, а также специалисты, имеющие диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по направлению подготовки «сестринское дело (бакалавр)».

3.3 Технологии выполнения простых медицинских услуг, приведенные в настоящем стандарте, учитывают результаты научных исследований в соответствии с принципами медицины, основанной на доказательствах.

3.4 При наличии у пациента заболевания, требующего дополнительных мер безопасности (лихорадка неясного происхождения, особо опасные инфекции и др.), выполнение простой медицинской услуги дополняется особыми мерами безопасности (маска, защитные очки и др.).

3.5 При последовательном выполнении одному пациенту нескольких простых медицинских услуг (комплекса простых медицинских услуг) из подготовительного этапа технологии выполнения каждой последующей простой медицинской услуги может быть исключена обработка рук. В данном случае обработку рук проводят до и после выполнения всего комплекса простых медицинских услуг.

3.6 Добровольное информированное согласие пациента или его законных представителей на выполнение простой медицинской услуги регламентируется соответствующими нормативными документами, принятыми в установленном порядке. Добровольное информированное согласие пациента может быть получено для выполнения как одной простой медицинской услуги, так и их комплекса. Для уверенности в наличии добровольного информированного согласия пациента на выполнение простой медицинской услуги ее предоставление начинают с устного контролирующего вопроса о согласии пациента.

4 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного»

Технология ухода за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.01.002.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 1.

Таблица 1 — ТПМУМСУ «Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги 1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	 Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело». Младшая медицинская сестра по уходу за больными в присутствии среднего медицинского работника 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 использовать перчатки
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные. Амбулаторно-поликлинические
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний
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 расходный материал	 Емкость для дезинфекции Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Дезинфицирующее средство Водный термометр. Мыло жидкое. Шампунь. Крем для бритья. Крем после бритья. Крем для рук. Перчатки нестерильные. Марлевые салфетки. Щетка для волос (или расческа) индивидуальная. Полотенце. Мешок для грязного белья. Бритвенный станок (одноразовый) с безопасным лезвием. Валик. Ножницы маникюрные (стерильные). Емкость для воды, кувшин. Клеенка. Фартук клеенчатый. Валик (упор под плечи пациента). Надувная ванночка (для мытья головы)
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм выполнения мытья головы	 I Подготовка к процедуре: 1) Подготовить все необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности.

Продолжение таблицы 1

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм выполнения мытья головы	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. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки. 4) Надеть одноразовый фартук. 5) Поставить в изголовье кровати с рабочей стороны стул; пустую емкость для воды поставить на стул. 6) Наполнить другую емкость теплой водой, поставить рядом. Измерить температуру воды. 7) Раздеть пациента до пояса и накрыть оголенную часть туловища простыней, под плечи положить валик. II Выполнение процедуры: 1) Удалить все заколки, шпильки. Снять очки. Расчесать волосы пациенту. 2) Подстелить под голову и плечи пациента клеенку, конец которой опустить в емкость, стоящую на стуле; по краю клеенки, вокруг головы положить свернутое валиком полотенце или использовать надувную ванночку. 3) Глаза пациента закрыть полотенцем или пеленкой. 4) Наполнить кувшин водой и аккуратно смочить волосы пациента. 5) Нанести немного шампуня и обеими руками вымыть волосы, бережно массируя кожу головы пациента. 6) Налить в кувшин воду и смыть весь шампунь (если пациент просит, вымыть его волосы шампунем еще раз). 7) Развернуть чистое сухое полотенце, поднять голову пациента и вытереть его волосы насухо. Если ему холодно, обернуть голову полотенцем или косынкой. III Окончание процедуры: 1) Клеенку, полотенце, валик, 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) Уточнить у пациента его самочувствие. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.
6.2 Алгоритм ухода за ногтями тяжелобольного	I Подготовка к процедуре: 1) Наполнить емкость теплой водой, помочь пациенту вымыть руки с мылом. Подготовить необходимое оснащение. 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. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки. 4) Положить руки пациента на полотенце и вытереть их насухо. II Выполнение процедуры: 1) Подстричь ножницами ногти пациента. 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 емкость для дезинфекции. 3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента его самочувствие.

Продолжение таблицы 1

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.2 Алгоритм бритья тяжелобольного	6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации. I Подготовка к процедуре: 1) Подготовить все необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности. 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. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Нанести крем для бритья на кожу пациента. Пальцами одной руки натягивать кожу лица, другой осуществлять бритье прямыми движениями от подбородка к щекам. 2) Предложить пациенту воспользоваться лосьоном после бритья. 3) Предложить пациенту зеркало после процедуры. III Окончание процедуры: 1) Поместить станок и помазок в емкость для дезинфекции, утилизировать одноразовый станок. 2) Удобно расположить пациента в постели. 3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 4) Вымыть руки и осушить их. 5) Уточнить у пациента его самочувствие. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	После мытья головы, особенно женщинам с длинными волосами, следует надеть на голову полотенце или косынку, чтобы избежать переохлаждения. При обработке ногтей на ногах следует стричь их прямо, не закругляя углы для предупреждения врастания. При повреждении кожи пациента следует обработать ее 70%-ным спиртом. Бритье тяжелобольного пациента рекомендовано выполнять электробритвой для уменьшения раздражения и риска инфицирования кожи. При выполнении всего комплекса процедур представиться следует один раз
8 Достигаемые результаты и их оценка	Пациент опрятен. Пациент чувствует себя комфортно
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему, включает сведения о цели данного действия. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на уход за волосами, ногтями и бритье не требуется, так как данные действия не являются потенциально опасным для жизни и здоровья пациента
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Гигиеническое состояние пациента удовлетворительное. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача — 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры — 2,0

Окончание таблицы 1

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

5 Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка горчичников»

Технология постановки горчичников входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.01.003.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 2.

Таблица 2 — ТПМУМСУ «Постановка горчичников»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги 1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	 Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело». 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 необходимо вымыть руки
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические. Стационарные. Санаторно-курортные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний Профилактика заболеваний
5 Материальные ресурсы Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения Реактивы Иммунобиологические препараты и реагенты Продукты крови Лекарственные средства Прочий расходный материал	 Горчичники. Лоток для использованного материала. Непромокаемый мешок или контейнер для утилизации отходов класса Б Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Дезинфицирующее средство. Пеленка. Часы. Салфетка. Емкость для воды. Водный термометр. Нестерильные перчатки
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм постановки горчичников	 I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Уточнить отсутствие аллергии на горчицу. В случае наличия аллергии и отсутствия согласия на процедуру уточнить дальнейшие действия у врача.

Продолжение таблицы 2

<table>
<tr><th>Содержание требования, условия</th><th>Требования по реализации, алгоритм выполнения</th></tr>
<tr><td>6.1 Алгоритм постановки горчичников</td><td>2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
3) Надеть перчатки.
4) Осмотреть кожу пациента на предмет повреждений, гнойничков, сыпи для определения показаний к проведению процедуры.
5) 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.
6) Подготовить оснащение. Налить в лоток горячую (40°–45°) воду.
7) Помочь пациенту лечь на живот (при постановке горчичников на спину) и принять удобную позу, голова пациента должна быть повернута на бок.
II Выполнение процедуры:
1) Погрузить горчичник в горячую воду, дать ей стечь.
2) Плотно приложить горчичник к коже стороной, покрытой горчицей.

Примечание — Области наложения горчичников представлены в приложении А, рисунок А.1.

3) Повторить действия, размещая нужное количество горчичников на коже.
4) Укрыть пациента пеленкой, затем одеялом.
5) Уточнить ощущения пациента и степень гиперемии через 3–5 мин.
6) Оставить горчичники на 10–15 мин, учитывая индивидуальную чувствительность пациента к горчице.
III Окончание процедуры:
1) При появлении стойкой гиперемии (через 10–15 мин) снять горчичники и положить их в приготовленный лоток для использованных материалов с последующей их утилизацией.
2) Смочить салфетку в теплой воде и снять с кожи остатки горчицы.
3) Пеленкой промокнуть кожу пациента насухо. Помочь ему надеть нижнее белье, укрыть одеялом и предупредить, чтобы он оставался в постели еще не менее 20–30 мин и в этот день не принимал ванну или душ.
4) Снять перчатки.
5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
6) Уточнить у пациента его самочувствие.
7) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации</td></tr>
<tr><td>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</td><td>Необходимо следить за временем выполнения процедуры, так как при более длительном воздействии горчичников возможен химический ожег кожи с образованием пузырей.
При сильном жжении или повышенной чувствительности кожи горчичники накладываются через тонкую бумагу или ткань.</td></tr>
<tr><td>8 Достигаемые результаты и их оценка</td><td><table><tr><th>Результат</th><th>Оценка</th></tr><tr><td>Гиперемия кожи, чувство жжения</td><td>Процедура выполнена правильно</td></tr><tr><td>Отсутствие покраснения, нет чувства жжения</td><td>Процедура выполнена неправильно, лечебный эффект не достигнут</td></tr><tr><td>Признаки химического ожога (появление на коже пузырей)</td><td>Процедура выполнена неправильно в связи с несоблюдением времени постановки горчичников</td></tr></table>
Пациент чувствует себя комфортно</td></tr>
</table>

Окончание таблицы 2

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о постановке горчичников, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного исследования. 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	Соответствует разделу 8
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	Области наложение горчичников приведены в приложении А
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости):	Отсутствуют

6 Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка банок»

Технология постановки банок входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.01.004.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 3.

Таблица 3 — ТПМУМСУ «Постановка банок»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: «Лечебное дело», «Педиатрия», направление подготовки «Сестринское дело (бакалавр)». 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	При постановке банок необходимо соблюдать правила противопожарной безопасности: исключить контакт кожи пациента и постельного белья с источником открытого огня; использовать достаточно плотный фитиль, исключающий ожог пациента вследствие отрыва горящей ваты; горючее вещество, которым смочен фитиль, не должно капать с него. До и после проведения процедуры необходимо вымыть руки с использованием мыла или антисептика
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические. Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний

Продолжение таблицы 3

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 расходный материал	 Медицинские банки. Шпатель. Корнцанг Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Этиловый спирт 96%-ный. Вазелин. Дезинфицирующее средство Полотенце или пеленка. Вата. Спички. Емкость с водой. Ящик для банок. Часы. Станок для бритья (при необходимости). Емкость для дезинфекции
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм постановки банок	 I Подготовка к процедуре: 1) 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. 2) Убедиться в целости краев 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. Освободить от одежды верхнюю часть туловища. 6) Длинные волосы пациента(ки) прикрыть пеленкой. 7) При наличии волос в месте постановки банок, заручившись согласием пациента, сбрить их. II Выполнение процедуры: 1) Нанести на кожу тонкий слой вазелина. 2) Сделать плотный фитиль из ваты и закрепить на корнцанге. 3) Смочить фитиль в спирте и отжать его. Флакон закрыть крышкой и отставить в сторону. Вытереть руки. 4) Зажечь фитиль 5) Ввести фитиль в банку, предварительно взятую в другую руку. 6) Удержать фитиль в полости банки 2–3 с, 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) Накрыть поверхность банок полотенцем или пеленкой, а сверху накрыть больного одеялом. 10) Через 3–5 мин 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 15–20 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.

Продолжение таблицы 3

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм постановки банок	2) Банки вымыть теплой водой, продезинфицировать и уложить в ящик. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Типичным местом постановки банок является поверхность грудной клетки, исключая область сердца, область позвоночника и область молочных желез 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 слоем. В клинической практике разрешается использование альтернативных способов постановки банок. Преимуществами альтернативных способов является достижение клинического эффекта без использования пламени, снижение материальных затрат, больший психологический комфорт для пациента. Альтернативными способами постановки банок являются: - использование силиконовых банок, позволяющих после сжатия и контакта с поверхностью кожи пациента создавать дозированное разряжение до 0,05 МПа. При этом этапы 10–13 методики выполнения простой медицинской услуги изменяются следующим образом: сдавить корпус банки, достигая уменьшения объема внутренней полости; приложить банку к выбранному месту, обеспечивая плотный контакт плоскости горлышка с кожей пациента; отпустить корпус банки. - использование методов аппаратной вакуум-терапии, при которых разрежение в полости банки достигается использованием механического или электрического насоса. Использование аппаратов вакуум-терапии проводится в соответствии с инструкцией производителя
8 Достигаемые результаты и их оценка	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
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. 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.

Окончание таблицы 3

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность 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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

7 Технология выполнения простой медицинской услуги «Бритье кожи предоперационного или поврежденного участка»

Технология бритья кожи предоперационного или поврежденного участка входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.01.017.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 4.

Таблица 4 — ТПМУМСУ «Бритье кожи предоперационное или поврежденного участка»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги 1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	 Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального образовательного учреждения по специальностям: «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело» 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
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний
5 Материальные ресурсы 5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения 5.2 Реактивы	 Кушетка медицинская Отсутствуют

Продолжение таблицы 4

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты 5.4 Продукты крови 5.5 Лекарственные средства 5.6 Прочий расходный материал	Отсутствуют Отсутствуют Антисептик для обработки кожи Клеенка. Перчатки нестерильные. Салфетки марлевые нестерильные. Салфетки марлевые стерильные. Средство для бритья (крем, пенка). Бритвенный станок однократного применения. Емкость для утилизации волос. Клеенчатый фартук. Машинка для стрижки волос (при необходимости). Ширма. Станок для бритья одноразовый (при необходимости)
6 Характеристика выполнения методики простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм бритья кожи предоперационного или поврежденного участка	I Подготовка к процедуре: 1) 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. 2) Обеспечить конфиденциальность процедуры (пригласить пациента в специально отведенное помещение или установить ширму). 3) Подготовить необходимое оснащение. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Помочь пациенту раздеться и принять необходимое положение (лежа на спине, животе, сидя на стуле). При необходимости подстелить под площадь обрабатываемой кожи клеенку. 6) Надеть нестерильные перчатки и клеенчатый фартук. 7) Оценить состояние кожных покровов в области операционного вмешательства или раневого участка (наличие повреждений, высыпаний, новообразований и признаков инфекции или инфицирования). 8) Определить границы бритья с учетом возможного расширения операционного доступа. II Выполнение процедуры: 1) Обработать кожу пациента кожным антисептиком, разрешенным к применению. 2) Убедиться, что кожные покровы сухие. 3) Приступить непосредственно к бритью кожных покровов с использованием средства для бритья при необходимости: вести станок вниз, оттягивая кожу кверху, до полного удаления волосяного покрова (при бритье пораженного участка направление движения — от краев раны кнаружи, на рану положить стерильную салфетку, чтобы не попали волосы). 4) При загрязнении лезвия волосами удалить их салфеткой. 5) Обработать кожу после бритья кожным антисептиком. III Окончание процедуры: 1) Поместить волосы в емкость для утилизации. 2) Поместить бритвенный станок, перчатки и другие использованные материалы в емкость для дезинфекции. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Необходимо использовать щадящую, бережную технику бритья. Принимать меры для соблюдения приватности. При подготовке пациента к хирургическому вмешательству на голове использовать машинку для стрижки волос. При наличии длинного волосяного покрова на груди, животе, спине и конечностях рекомендуется сначала использовать ножницы, а потом станок.

Окончание таблицы 4

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	При подготовке операционного поля плановых пациентов использовать депиляционные средства (крем, пенка)
8 Достигаемые результаты и их оценка.	Качественная и своевременная подготовка операционного поля. Отсутствуют повреждения кожи
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) 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. 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. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии
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, расчеты, номограммы и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

8 Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка пиявок»

Технология постановки пиявок входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.05.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 5.

Таблица 5 — ТПМУМСУ «Постановка пиявок»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: «Лечебное дело», «Сестринское дело», «Акушерское 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

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные. Амбулаторно-поликлинические. Санаторно-курортные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний
5 Материальные ресурсы 5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Пинцет анатомический. Банка медицинская или пробирка. Лоток. Контейнер для дезинфекции и утилизации
5.2 Реактивы	Отсутствуют
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4 Продукты крови	Отсутствуют
5.5 Лекарственные средства	Спирт 70%-ный. Раствор перекиси водорода 3%-ный. Спиртовый йодный раствор 5%-ный. Стерильный раствор глюкозы 40%-ный. Нашатырный спирт.
5.6 Прочий расходный материал	Шесть-восемь подвижных медицинских пиявок Вата. Бинт. Лейкопластырь. Клеенка или одноразовая пеленка. Гемостатическая губка. Перчатки нестерильные. Ножницы. Часы. Ватные шарики. Стерильные салфетки. Ватно-марлевые тампоны. Емкость для воды. Пузырь со льдом
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм постановки пиявок	I Подготовка к процедуре: 1) 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. 2) Помочь пациенту удобно лечь для предстоящей процедуры. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Подготовить необходимое оснащение и оборудование. 5) Осмотреть место постановки пиявок. Подстелить клеенку при необходимости или пеленку одноразовую под предполагаемую область. 6) Надеть перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Обработать кожу (место, постановки пиявок) вначале 70%-ным спиртом (место, большее по площади, чем нужно для процедуры), стерильной салфеткой или ватным шариком, смоченным в горячей кипяченой воде, протереть кожу до покраснения, меняя шарики 2–3 раза. Кожу осушить стерильной салфеткой. 2) Смочить место постановки пиявок стерильным раствором 40%-ной глюкозы. 3) Поместить пиявку на ватно-марлевый тампон, транспортировать ее 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 присосется, в ее передней части появится волнообразное движение).

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм постановки пиявок	5) Положить салфетку под заднюю присоску. 6) Повторить пп. II.3) — II.5) до тех пор, пока не будут поставлены все пиявки. 7) Наблюдать за активностью пиявок: если не движутся, слегка провести по их поверхности пальцем. 8) Снять ватно-марлевым тампоном, смоченным спиртом, через 20–30 мин (по назначению врача) все пиявки. 9) Поместить снятые пиявки в емкость с дезинфицирующим раствором с последующей утилизацией. III Окончание процедуры: 1) Поместить пинцет в емкость для дезинфекции. 2) Обработать кожу вокруг ранки антисептиком или 5%-ным спиртовым раствором йода. 3) Наложить асептическую ватно-марлевую давящую повязку с слоем ваты, менять повязку в течение суток по необходимости. 4) Фиксировать повязку бинтом или лейкопластырем. 5) Убрать клеенку в емкость для дезинфекции. 6) Обработать использованные пиявки, убедиться, что число пиявок, поставленных пациенту, и число пиявок, находящихся в емкости для дезинфекции совпадает. 7) Снять перчатки и поместить в емкость для дезинфекции. 8) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 9) Уточнить у пациента его самочувствие. 10) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Если повязка промокла, снять верхние слои повязки и наложить новый слой асептической ватно-марлевой повязки. Повязку через 24 ч снять или сменить. Во время процедуры наблюдать за активностью пиявок: если не движутся, слегка провести по их поверхности влажным пальцем или ватным шариком, смоченным водой. 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%-ным раствором перекиси водорода и накладывают сухую асептическую повязку. Места постановки пиявок: область сосцевидных отростков, область правого подреберья, левая половина грудной клетки, в шахматном порядке вдоль пораженной вены, копчик, височная область. Пиявки используются однократно
8 Достигаемые результаты и их оценка	Пациент чувствует себя комфортно во время наложения и после снятия пиявок
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) 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. 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.

Окончание таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии
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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

9 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии»

Технология ухода за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.07.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 6.

Таблица 6 — ТПМУМСУ «Уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
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	Младшая медицинская сестра по уходу за больными. 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	Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Лоток. Корнцанг. Пинцет. Вакуумный электроотсос
5.2 Реактивы	Отсутствуют
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4 Продукты крови	Отсутствуют
5.5 Лекарственные средства	Антисептический раствор для обработки полости рта пациента. Стерильный глицерин. Вазелин или масляный раствор витамина Е
5.6 Прочий расходный материал	Чистое полотенце. Тампоны для обработки полости рта.

Продолжение таблицы 6

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5.6 Прочий расходный материал	Стерильные марлевые салфетки. Шпатель. Перчатки нестерильные. Одноразовая зубная щетка
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм ухода за полостью рта	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Подготовить все необходимое оборудование. 4) Расположить пациента в одном из следующих положений. 5) На спине под углом более 45°, если это не противопоказано, или 6) Лежа на боку, или 7) Лежа на животе (или спине), повернув голову вбок. 8) Надеть перчатки. 9) Обернуть полотенце вокруг шеи пациента. II Выполнение процедуры: 1) Приготовить мягкую зубную щетку (без зубной пасты) для чистки зубов. Смочить ее в приготовленном антисептическом растворе. При отсутствии зубной щетки можно использовать марлевую салфетку, закрепленную 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 левой рукой осторожно вытянуть его изо рта. 5) Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть язык, снимая налет, в направлении от корня языка к его кончику. Отпустить язык, сменить салфетку. 6) Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть внутреннюю поверхность щек, пространство под языком, десны пациента. 7) При сухости языка смазать его стерильным глицерином. 8) Обработать последовательно верхнюю и нижнюю губы тонким слоем вазелина (для профилактики трещин на губах). III Завершение процедуры: 1) Убрать полотенце. Разместить пациента в удобном положении. 2) Собрать принадлежности по уходу и доставить в специальную комнату для дальнейшей обработки. 3) Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента его самочувствие. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

Окончание таблицы 6

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	При сухости во рту или галитозе (неприятный запах) рот следует промывать 15–30 мл стандартного состава для полоскания рта (на 1 л воды одна чайная ложка пищевой соды, одна чайная ложка соли, мятная вода для запаха) через каждые 2–4 ч
8 Достигаемые результаты и их оценка	Отсутствие у пациента скопления секрета в полости рта. Отсутствие патологических изменений слизистых полости рта
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (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. Отсутствие осложнений. Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии
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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

10 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких»

Технология ухода за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.08.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 7.

Таблица 7 — ТПМУМСУ «Уход за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего профессионального образовательного учреждения по специальностям: «Лечебное дело», «Педиатрия», направление подготовки «Сестринское дело (бакалавр)». Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального образовательного

Продолжение таблицы 7

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	учреждения по специальностям: «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело» 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	Стационарные. Транспортные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний
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 расходный материал	Функциональная кровать. Манипуляционный столик. Аппарат для аспирации (стационарный или портативный) или электроотсос. Катетер стерильный аспирационный с вакуум-контролем, длина 60 см. Катетер стерильный аспирационный. Роторасширитель. Языкодержатель. Зажим. Пинцет стерильный. Шприц 20 мл. Шприц 10 мл Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Спирт этиловый 70%-ный. Стерильный раствор натрия хлорида 0,9%-ный. Вазелиновое масло. Стерильные перчатки. Стерильные марлевые салфетки (ватные шарики). Маска. Очки защитные. Фартук. Шпатель стерильный
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм ухода за респираторным трактом	I Подготовка к процедуре: 1) Оценить уровень сознания пациента, состояние респираторной системы, основные показатели жизнедеятельности. 2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры (если он в сознании). Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру (если он в сознании). В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Выполнить процедуры, способствующие отделению мокроты у пациента (постуральный дренаж, вибрационный массаж грудной клетки). 5) Включить аппарат для аспирации (или электроотсос). 6) Отключить аварийную сигнализацию аппарата искусственной вентиляции легких. 7) Надеть защитную одежду (фартук, маску, очки). 8) Надеть стерильные перчатки.

Продолжение таблицы 7

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за респираторным трактом	II Выполнение процедуры: 1) Открыть упаковку со стерильным аспирационным катетером, освободить катетер от упаковки, смочить в стерильном физиологическом растворе и ввести его в носовую полость пациента. 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%-ным кислородом в течение 2–3 мин. 6) Обработать стерильным марлевым тампоном, смоченным 70%-ным спиртом, место соединения интубационной трубки и катетера. 7) Отсоединить аппарат искусственной вентиляции легких от пациента. Следить за показателем насыщения организма кислородом. 8) Санация трахеи и бронхов: а) 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. б) Включить электроотсос и осторожными вращательными движениями извлечь катетер из дыхательных путей, проводя отсасывание. в) Следить за жизненными функциями. При снижении сатурации кислорода ниже 94 %–90 %, появлении брадикардии, нарушении ритма и других осложнений немедленно прекратить процедуру, провести вентиляцию 100%-ным кислородом, сообщить врачу. г) Опустить катетер в стерильный физиологический раствор и провести отсасывание для удаления сгустков и мокроты из катетера. д) Аспирацию повторять неоднократно до восстановления свободной проходимости дыхательных путей. 9) Уход за манжетой: а) Проверить раздувание манжеты трубки путем сжатия между большим и указательным пальцами. б) Выпустить воздух из манжеты при помощи шприца. 10) При необходимости перед аспирацией провести санацию верхних дыхательных путей: а) Стерильными катетерами поочередно аспирировать содержимое носовых ходов. б) Носовые ходы обработать стерильным физиологическим раствором. в) Провести аспирацию из трахеи по вышеуказанной методике. г) Раздуть манжету воздухом с помощью шприца до создания герметичности. Манипуляцию проводить каждые 2–4 ч. д) Перед удалением воздуха из манжеты убедиться в отсутствии содержимого в носоглотке и ротоглотке. е) Повторить аспирацию катетером содержимого ротовой полости до полного его удаления. 11) Использованные инструменты, изделия медицинского назначения и расходуемые материалы поместить в емкость с дезинфицирующим раствором. 12) При наличии у пациента трахеостомы сделать перевязку трахеостомической раны (смена повязки проводится каждые 8 ч). III Окончание процедуры: 1) Установить скорость подачи кислорода на уровень, предписанный до отсасывания.

Продолжение таблицы 7

<table>
<tr><th>Содержание требования, условия</th><th>Требования по реализации, алгоритм выполнения</th></tr>
<tr><td>6.1 Алгоритм ухода за респираторным трактом</td><td>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 ее поверх катетера.
7) Поместить использованные материалы в емкость 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 легких.
11) Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании).
12) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации</td></tr>
<tr><td>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</td><td>Санацию проводят до полного восстановления проходимости дыхательных путей.
Катетер используется однократно.
Для лучшей эвакуации мокроты ввести 1–2 мл физиологического раствора.
При наличии густой, вязкой мокроты и обструкции мелких бронхов провести лаваж.
Не проводить отсасывание более 10–15 с. В интервалах между аспирацией проводить искусственную вентиляцию легких аппаратом.
Содержимое каждого из носовых ходов и ротоглотки аспирировать разными катетерами.
Для открытия рта использовать роторасширитель, для отведения языка — языкодержатель, для отведения щек — шпатель.
Для обработки полости рта стерильным физиологическим раствором использовать стерильные марлевые тампоны, пинцет и зажим</td></tr>
<tr><td>8 Достигаемые результаты и их оценка</td><td>У пациента отмечается восстановление проходимости дыхательных путей:
- отсутствие хлюпающих звуков из трубки при дыхании;
- проведение легочного звука по всем легочным полям при аускультации.
У пациента отсутствуют инфекции дыхательных путей.
Пациент может свободно дышать через трахеостому. Кожа вокруг трахеостомической трубки без видимых изменений.
<table>
<tr><th>Частота дыхания</th><th>Оценка результатов</th></tr>
<tr><td>14–20</td><td>Норма</td></tr>
<tr><td>Уменьшение сопротивления на вдохе не более 10–15 мм вод.ст.</td><td>Норма</td></tr>
<tr><td>Сатурация кислорода не ниже 94 %–96 %</td><td>Норма</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</td><td>Необходимо письменное согласие в истории болезни на интубацию трахеи 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.</td></tr>
</table>

Окончание таблицы 7

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	При невозможности собрать консилиум вопрос решает лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения. Медицинская сестра должна убедиться в наличии письменного согласия или решения консилиума на процедуру, которая предусматривает необходимость ухода за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких
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. Уменьшение сроков пребывания пациента на искусственной вентиляции легких. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии
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, расчеты, номограммы и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

11 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером»

Технология ухода за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.08.003.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 8.

Таблица 8 — ТПМУМСУ «Уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: «Лечебное дело», «Сестринское дело», «Акушерское дело» Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: «Лечебное дело», «Педиатрия», направление подготовки «Сестринское дело (бакалавр)».
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

Продолжение таблицы 8

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний
5 Материальные ресурсы 5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	 Шприц на 150 мл (шприц Жане). Фонендоскоп. Вакуумный отсасыватель. Лоток. Зонд назогастральный
5.2 Реактивы	Отсутствуют
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4 Продукты крови	Отсутствуют
5.5 Лекарственные средства	Глицерин. Физиологический раствор или специальный раствор для промывания
5.6 Прочий расходный материал	Нестерильные перчатки. Стерильные марлевые салфетки. Емкость для промывания катетера. Пластырь. Шпатель
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм ухода за назогостральным зондом, носовыми канюлями и катетером	 I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход 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. II Выполнение процедуры: 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) Подсоединить 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 увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом (исключение — манипуляции, связанные с оксигенотерапией. 5) Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы. 6) Каждые 3 ч (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 ее внешний вид и вылить в отдельную емкость. III Окончание процедуры: 1) Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен. 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. 5) Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании). 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

Окончание таблицы 8

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Промывание зонда нужно проводить с приподнятым головным концом
8 Достигаемые результаты и их оценка	Отсутствие видимых изменений (раздражений) со стороны слизистых оболочек носа. Проходимость зонда
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей для 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. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии
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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

12 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за сосудистым катетером»

Технология ухода за сосудистым катетером входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.12.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 9.

Таблица 9 — ТПМУМСУ «Уход за сосудистым катетером»

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
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.

Продолжение таблицы 9

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения процедуры надеть медицинскую шапочку и маску. Использовать перчатки во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические. Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Диагностика заболеваний. Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний
5 Материальные ресурсы 5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Столик манипуляционный. Лоток. Стерильный пинцет. Одноразовый шприц объемом 10 $см^3$ (10 мл). Одноразовые стерильные заглушки (по количеству просветов катетера). Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б
5.2 Реактивы	Отсутствуют
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4 Продукты крови	Отсутствуют
5.5 Лекарственные средства	Гепаринизированный раствор (0,01 мл гепарина на 1 мл физиологического раствора — т. е. 50 ЕД/1 мл) в объеме, равном внутреннему объему внутривенного катетера. Раствор натрия хлорида 0,9%-ный 5,0–10,0 мл. Спиртосодержащий антисептик для обработки кожи пациента и всех частей (соединений) катетера, включая канюлю ЦВК (ПВК) и сам катетер. Раствор хлоргексидина 0,5–2%-ный в 70%-ном этиловом или изопропиловом спирте для обработки кожи пациента вокруг сосудистого катетера. Раствор повидон-йодина 10%-ный в 70%-ном этиловом или изопропиловом спирте при наличии противопоказаний к применению раствора хлоргексидина
5.6 Прочий расходный материал	Антисептик для обработки рук. Стерильные марлевые тампоны. Стерильные марлевые салфетки/самоклеющаяся стерильная повязка. Стерильная пеленка. Стерильная прозрачная повязка или стерильная прозрачная повязка, содержащая хлоргексидин. Пластырь. Стерильные перчатки. Маска. Медицинская шапочка
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм ухода за сосудистым катетером (центральным) — смена повязки	I Подготовка к процедуре: 1) 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. 2) Надеть маску и медицинскую шапочку. 3) Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи от места проведения манипуляции. 4) Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лежа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную сторону. 5) Освободить от одежды место установки катетера. 6) Обработать руки гигиеническим способом.

Продолжение таблицы 9

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за сосудистым катетером (центральным) — смена повязки	7) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика. 8) Надеть стерильные перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Осмотреть место входа катетера в кожу сквозь неповрежденную повязку для выявления признаков воспаления — припухлость, болезненность. Примечание — При наличии признаков воспаления организовать вызов врача. 2) Снять повязку, заворачивая ее параллельно коже (не тянуть вверх), медленно и желательно по росту волос, для профилактики возникновения повреждений кожи вокруг места входа катетера в кожу. Положить снятую повязку в непромокаемый пакет/контейнер. 3) Снять использованные перчатки и положить в непромокаемый пакет/контейнер. Недопустимо обрабатывать перчатки антисептиком. Это нарушит их барьерные свойства. 4) Надеть стерильные перчатки. 5) Визуально убедиться, что катетер не смещен (по метке). 6) Обработать кожу вокруг катетера кожным антисептиком: стерильным марлевым шариком с помощью стерильного пинцета от центра к периферии. 7) Обработать все части (соединения), включая канюлю, и сам катетер антисептиком: стерильным марлевым шариком. 8) Положить на кожу вокруг катетера стерильную пеленку. 9) Дождаться полного высыхания антисептика. 10) Наложить стерильную повязку и зафиксировать ее бактерицидным пластырем/стерильным пластырем или самоклеющейся стерильной повязкой. Примечание — При использовании стерильной специальной прозрачной повязки наложить ее так, чтобы место входа катетера в кожу было в центре прозрачного окна (для обеспечения визуального контроля места входа катетера в кожу). Дополнительно закрепить линии катетера (при необходимости). III Завершение процедуры: 1) Снять использованные перчатки, положить их в непромокаемый пакет/ контейнер. 2) Использованный материал утилизировать в отходы класса Б. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.
6.2 Алгоритм выполнения ухода за сосудистым катетером (центральным/периферическим) — промывание катетера	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Надеть маску и медицинскую шапочку. 3) Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи от места проведения манипуляции. 4) Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лежа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную сторону. 5) Освободить от одежды место установки катетера. 6) Обработать руки гигиеническим способом.

Продолжение таблицы 9

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.2 Алгоритм выполнения ухода за сосудистым катетером (центральным/периферическим) — промывание катетера	7) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика. 8) Надеть стерильные перчатки. 9) Набрать в шприц объемом 10 $см^3$ 5 мл раствора натрия хлорида 0,9%-ного. В случае постановки «гепаринового замка» при ЦВК дополнительно подготовить шприц объемом 10 $см^3$ с гепаринизированным раствором (0,01 мл гепарина на 1 мл раствора натрия хлорида 0,9%-ного, т. е. 50 ЕД/1 мл) в объеме, равном внутреннему объему внутривенного катетера. В педиатрии расчет дозы гепаринизированного раствора индивидуален. При ПВК «гепариновый замок» без назначения врача не рекомендуется. II Выполнение процедуры: 1) Закрыть линии ЦВК специальными зажимами, которые входят в комплект катетера. Если зажима нет, попросить пациента сделать выдох, задержать дыхание. Заглушки для ЦВК и ПВК стерильные и одноразовые. При закрытии катетера использовать новую стерильную заглушку. 2) Обработать разъем катетера стерильной салфеткой, смоченной в антисептике — 15 вращательных движений. 3) Если ранее в катетер был введен «гепариновый замок», то необходимо вытянуть его, присоединив шприц объемом 10 $см^3$ с раствором натрия хлорида 0,9%-ным (5 мл) и потянув его на себя. 4) Для того чтобы убедиться, что проходимость катетера не нарушена, присоединить новый шприц объемом 10 $см^3$ с раствором натрия хлорида 0,9%-ным (5 мл), открыть зажим и потянуть легко поршень на себя (появилась кровь), ввести содержимое шприца, закрыть зажим. В случае затруднения прохождения раствора при нажатии на поршень организовать вызов врача. 5) Для постановки «гепаринового замка» соединить шприц объемом 10 $см^3$ с гепаринизированным раствором с катетером, снять зажим и ввести гепаринизированный раствор в объеме, равном внутреннему объему просвета катетера (не более), закрыть зажим. Данный объем необходимо уточнить заблаговременно (объем каждого из просветов указан на упаковке ЦВК). 6) Обработать разъем катетера стерильной салфеткой, смоченной в антисептике — 15 вращательных движений. 7) Закрыть просвет катетера новой стерильной заглушкой, не прикасаясь к внутренней части заглушки и коннектора катетера. III Завершение процедуры: 1) Снять использованные перчатки и положить в непромокаемый пакет/контейнер. 2) Доставить использованный материал в процедурный кабинет для дальнейшей дезинфекции и утилизации отходов класса Б. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.
6.3 Алгоритм ухода за сосудистым катетером (периферическим) — смена повязки	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться пациенту, 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. 2) Надеть маску и медицинскую шапочку.

Продолжение таблицы 9

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.3 Алгоритм ухода за сосудистым катетером (периферическим) — смена повязки	3) Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи от места проведения манипуляции. 4) Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение для получения оптимального доступа к месту установки периферического венозного катетера. 5) Освободить от одежды место установки катетера. 6) Обработать руки гигиеническим способом. 7) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика. 8) Надеть стерильные перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Осмотреть место входа катетера в кожу сквозь неповрежденную повязку на предмет выявления признаков воспаления — припухлость, болезненность. Примечание — При наличии признаков воспаления организовать вызов врача. 2) Снять повязку, заворачивая ее параллельно коже (не тянуть вверх), медленно и желательно, по росту волос, для профилактики возникновения повреждений кожи вокруг места входа катетера в кожу. Положить снятую повязку в непромокаемый пакет/контейнер. 3) Снять использованные перчатки и положить в непромокаемый пакет/контейнер. Недопустимо обрабатывать перчатки антисептиком. Это нарушит их барьерные свойства. 4) Надеть стерильные перчатки. 5) Визуально убедиться, что катетер не смещен. 6) Обработать кожу вокруг катетера кожным антисептиком: стерильным марлевым шариком, с помощью стерильного пинцета от центра к периферии. 7) Обработать все части (соединения), включая канюлю, и сам катетер антисептиком: стерильным марлевым шариком. 8) Дождаться полного высыхания антисептика. 9) Наложить стерильную повязку и зафиксировать ее бактерицидным пластырем/стерильным пластырем или самоклеющейся стерильной повязкой. При использовании стерильной специальной прозрачной повязки наложить ее таким образом, чтобы место входа катетера в кожу было в центре прозрачного окна (для обеспечения визуального контроля места входа катетера в кожу). Дополнительно закрепить линии катетера (при необходимости). III Завершение процедуры: 1) Снять использованные перчатки, положить их в непромокаемый пакет/контейнер. 2) Использованный материал утилизировать в отходы класса Б. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	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. При проведении процедуры с катетером, находящимся в бедренной вене, ножной конец кровати опущен на 25°. Снятие заглушки не связано с фазой дыхания. При смене повязки у пациентов с чувствительной кожей рекомендуется нанести стерильное барьерное средство для защиты кожи вокруг места установки сосудистого катетера и дождаться полного его высыхания.

Окончание таблицы 9

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Выбор повязки необходимо осуществлять с учетом индивидуальных особенностей пациента. Если возраст пациента старше двух месяцев и существуют предрасполагающие к развитию инфекции факторы (длительность стояния ЦВК свыше трех суток; сниженный иммунный статус (онкологические пациенты и т. д.); повышенный риск колонизации катетера), то рекомендуется выбирать прозрачную полиуретановую повязку, содержащую гелевую подушечку с хлоргексидином. Для прочих случаев оптимальным выбором является обычная прозрачная полиуретановая повязка. Если наблюдается кровоточивость вокруг места входа катетера в первые сутки после его введения, допустимо использование нетканой повязки с впитывающей подушечкой, которая подлежит замене на прозрачную через 24 ч. Замена прозрачных полиуретановых повязок на ЦВК производится каждые 5–7 сут (при условии, что фиксация не нарушена, нет выделений, сохранен обзор). Замена прозрачных полиуретановых повязок на ПВК производится каждые 3–4 сут (при условии, что фиксация не нарушена, нет выделений, сохранен обзор). При ЦВК постановка «гепаринового замка» катетера проводится 1 раз в сутки (утро/вечер) и при условии отсутствия инфузии в течение дня. При наличии инфузии в течение дня или нескольких введений лекарственных средств, до и после взятия крови используется 5–10 мл раствора натрия хлорида 0,9%-ного без «гепаринового замка». Промывать ПВК необходимо до и после введения лекарственных средств, в случае если ПВК не используется 2 раза в сутки (утро/вечер). Визуальный осмотр места установки сосудистого катетера проводить не реже 1 раза в сутки
8 Достигаемые результаты и их оценка	Катетер промыт, при необходимости поставлен «гепариновый замок», проходим, повязка заменена, раздражения воспаления под повязкой не наблюдается
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (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. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на уход за сосудистым катетером не требуется, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента
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. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии
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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

13 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при гастростомах»

Технология пособия при гастростомах входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.16.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 10.

Таблица 10 — ТПМУМСУ «Пособие при гастростомах»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги 1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	 Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «Лечебное дело», «Сестринское дело» 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	Стационарные. Амбулаторно-поликлинические
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний
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 расходный материал	 Функциональная кровать. Зонд желудочный стерильный. Зажим для зонда. Шприц Жанэ Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Лекарственные препараты/питательная смесь по назначению врача. Барьерное средство для защиты кожи (например, паста Лассара) Нестерильные перчатки. Пластырь. Салфетки. Мешок для сбора белья. Мешок для сбора отработанного материала. Емкость с теплой водой. Воронка
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм пособия при гастростоме	 I Подготовка к процедуре: 1) 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. 2) Помочь пациенту занять высокое положение. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Подготовить необходимое оборудование и оснащение, питательную смесь. Смесь должна быть подогрета до 38 °С–40 °С. 5) Надеть нестерильные перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Снять повязку и поместить в пакет или мешок для использованного материала.

Продолжение таблицы 10

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм пособия при гастростоме	2) Положить полотенце под наружную часть гастростомической трубки на эпигастральную область. 3) Провести визуальный осмотр наружной части гастростомической трубки и окружающей гастростому кожи. 4) Присоединить шприц Жане к гастростомической трубке, снять зажим. 5) Проводить вливание смеси в назначенном режиме. После вливания питательной смеси или растворов, промыть трубку 30,0–50,0 мл кипяченой водой. 6) Закрыть зажимом гастростомическую трубку и отсоединить шприц. 7) Вымыть кожу пациента с мылом вокруг гастростомы, насухо промокнуть ее салфеткой. 8) Обработать перчатки антисептическим средством. 9) Проверить состояние кожи, ее цвет в области стомы и саму гастростому на предмет выявления отека вокруг трубки или появления свища и других изменений. 10) Наложить слой мази, пасты или защитного геля для кожи по назначению врача. 11) Наложить стерильную салфетку или одноразовую запатентованную липкую повязку-наклейку вокруг гастростомической трубки. 12) Прижать вокруг гастростомы повязку-наклейку, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения (желудочный сок) из гастростомы. 13) Аккуратно закрепить пластырем к коже пациента поверх повязки наружную часть гастростомической трубки. III Окончание процедуры: 1) Поместить использованный перевязочный материал в емкость для дезинфекции. Утилизировать. 2) Убрать полотенце и поместить его в мешок для использованного белья. 3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента его самочувствие. 6) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	При сформировавшейся гастростоме возможно научить родственников и самого пациента самообслуживанию
8 Достигаемые результаты и их оценка	Оценить степень участия пациента в удовлетворении функции питания и ухода за гастростомой. Кожа вокруг стомы без видимых изменений
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (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. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии

Окончание таблицы 10

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

14 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за назогастральным зондом»

Технология ухода за назогастральным зондом входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.16.002.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 11.

Таблица 11 — ТПМУМСУ «Уход за назогастральным зондом»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: «Лечебное дело», «Сестринское дело», «Акушерское дело». Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: «Лечебное дело», «Педиатрия», направление подготовки «Сестринское дело (бакалавр)».
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
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Шприц на 30 или 60 мл (шприц Жанэ). 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	Физиологический раствор или специальный раствор для промывания емкостью 500 или 1000 мл. Вазелин
5.6 Прочий расходный материал	Нестерильные перчатки. Стерильные марлевые салфетки. Пластырь. Емкость для промывания

Продолжение таблицы 11

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм ухода за назогастральным зондом	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры (если пациент в сознании). Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру (если пациент в сознании). В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Надеть перчатки. II Выполнение процедуры: 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) Подсоединить 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 увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом (исключение — манипуляции, связанные с оксигенотерапией. 5) Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы. 6) Каждые 3 ч (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 ее внешний вид и вылить в отдельную емкость. III Окончание процедуры: 1) Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен. 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. 5) Уточнить у пациента самочувствие (если пациент в сознании). 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Отсутствуют
8 Достигаемые результаты и их оценка	Отсутствие видимых изменений (раздражений) со стороны слизистых оболочек носа. При кормлении пища свободно проходит по зонду. Пациент не испытывает дискомфорт. Зонд фиксирован. Свободный конец зонда изолирован от внешней среды
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели 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

Окончание таблицы 11

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 осложнений. Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии
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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

15 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при илеостоме»

Технология пособия при илеостоме входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.17.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 12.

Таблица 12 — ТПМУМСУ «Пособие при илеостоме»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	 Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: «Лечебное дело», «Сестринское дело». Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: «Лечебное дело», «Педиатрия», направление подготовки «Сестринское дело (бакалавр)».
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	Стационарные. Амбулаторно-поликлинические
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний
5 Материальные ресурсы 5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения 5.2 Реактивы 5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты 5.4 Продукты крови	 Калоприемник Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют

Продолжение таблицы 12

5.5 Лекарственные средства	Спирт этиловый 70%-ный. Гель для кожи. Барьерное средство для защиты кожи (например, салицилово-цинковая паста, паста Стомагезив)
5.6 Прочий расходный материал	Стерильные марлевые салфетки (ватные шарики). Салфетки. Полотенце или простыня. Одноразовые полиэтиленовые пакеты. Зажим для мешка. Емкость для воды. Пластырь. Перчатки нестерильные. Мешок для использованного белья. Ведро
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
6.1 Алгоритм пособия при илеостоме	I Подготовка к процедуре: 1) 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. 2) Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера или попросить его встать, обернуть его простыней или пеленкой ниже стомы для ограничения манипуляционного поля. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Подготовить все необходимое. 5) Надеть нестерильные перчатки. 6) Приготовить чистый калоприемник: на бумаге, которая сверху покрывает нижнюю, прилипающую к коже сторону, начертить окружность диаметром на 2–3 мм шире, чем стома; на нее положить клеящее вещество или липкий двусторонний диск, соответствующий типу калоприемника. 7) Подготовить защитное приспособление для кожи, с отверстием строго соответствующим по диаметру отверстию стомы. II Выполнение процедуры: 1) Отсоединить и осторожно удалить старый калоприемник в полиэтиленовый пакет или ведро. 2) Вымыть кожу пациента водой с мягким (жидким) мылом, высушить марлевой салфеткой. 3) Проверить состояние кожи, ее цвет в области стомы и саму стому на предмет выявления отека или изъязвления. 4) Наложить оклюзионное защитное приспособление для кожи, если оно не применяется, обработать кожу защитным препаратом (например, паста Лассара, цинковая паста, стоматогезин). После его подсыхания повторите обработку. 5) Приложить и правильно центрировать чистый калоприемник прямо на кожу пациента или на адаптационное кольцо 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 калоприемника, а на конце закрепите зажим. III Окончание процедуры: 1) При необходимости использовать гипоаллергенный липкий пластырь, чтобы прикрепить края калоприемника к кожному барьерному приспособлению. Присоединить пояс к кромке калоприемника 2) Поместить старый калоприемник в пакет, снять пеленку, поместить ее в пакет 3) Использованный материал и инструменты поместить в емкость для дезинфекции. 4) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции. 5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

Окончание таблицы 12

7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Калоприемник следует опорожнять по заполнении каловыми массами и газами на ½ или 1/3 объема, в противном случае может нарушиться герметичность стыка вокруг стомы
8 Достигаемые результаты и их оценка	Пациент чувствует себя комфортно. Кожа вокруг стомы без видимых изменений
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) 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. 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. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии
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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

16 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при стомах толстого кишечника»

Технология пособия при стомах толстого кишечника входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.18.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 13.

Таблица 13 — ТПМУМСУ «Пособие при стомах толстого кишечника»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: «Лечебное дело», «Сестринское дело». Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: «Лечебное дело», «Педиатрия», направление подготовки «Сестринское дело (бакалавр)»
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги

Продолжение таблицы 13

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. Использование перчаток во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные. Амбулаторно-поликлинические. Санаторно-курортные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний
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 расходный материал	 Калоприемник. Зонд кишечный № 18 (стерильный) для промывания стомы. Ирригационный рукав для промывания стомы. Штатив для внутривенного вливания. Ирригационный контейнер Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Антисептик для обработки поля вокруг стомы. Вазелиновое масло. Барьерное средство для защиты кожи (например, салицилово-цинковая паста, паста Стомагезив) Стерильные марлевые салфетки (ватные шарики). Салфетки. Очищающие салфетки (запатентованные для интимного применения или гигиенические). Пластиковые пакеты для использованных материалов и калоприемника, клеенчатый мешок для белья. Полотенце. Простыня. Дезодорант для мешка стомы. Туалетная бумага. Одноразовые полиэтиленовые пакеты. Трафарет и ножницы. Измеритель со стандартными отверстиями. Карандаш или ручка Зажим для мешка. Емкость для воды. Нестерильные перчатки. Стерильные перчатки. Ширма
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм пособия при стомах толстого кишечника	 I. Подготовка к процедуре: 1) Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой. 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. 3) Обеспечить возможность для соблюдения конфедициальности: поставить ширму, помочь пациенту занять положение лежа. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Подготовить необходимое оснащение и оборудование. 6) Обернуть пациента простыней или пеленкой ниже стомы для ограничения манипуляционного поля. Расположить зеркало нужным образом, чтобы создать видимость для пациента. 7) Приготовить чистый калоприемник: 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).

Продолжение таблицы 13

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм пособия при стомах толстого кишечника	8) Использовать специальный шаблон со стандартными отверстиями для подбора к размерам стомы. Наложить шаблон с вырезанным отверстием на защитное бумажное покрытие клеевого слоя калоприемника и, если оно не совпадает ни с одной из нанесенных линий, обвести карандашом или ручкой контур вырезанного отверстия. Вырезать отверстие в клеевом слое по нанесенному контуру, следя за тем, чтобы не прорезать калоприемник 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 нестерильные перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Отсоединить и осторожно удалить старый калоприемник (сам мешочек и кожный барьер), одноразовый мешок сбросить в полиэтиленовый пакет для мусора, оставить закрывающее устройство для повторного использования. При повторном использовании калоприемника опорожнить мешочек в судно, предварительно пережать нижнюю часть мешочка зажимом, и измерить объем масс. Обмыть зажим и вытереть его туалетной бумагой. Нанести дезодорирующее средство на нижнюю часть мешочка. Снять калоприемник, начиная с верхнего края. 2) Обработать перчатки антисептическим раствором. 3) Аккуратно очистить область стомы и кожи вокруг нее водой с мягким (жидким) мылом, высушить ее марлевой салфеткой. 4) Проверить состояние кожи, ее цвет в области стомы и саму стому на наличие отека или других изменений *(мацерации)*. 5) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции. 6) Обработать руки антисептиком и надеть новые перчатки. 7) Обработать кожу (при нарушении ее целостности) защитным препаратом (цинковая мазь, стомагезин, паста Лассара или другим средством, применяемым в учреждении). 8) Снять защитное бумажное покрытие с нанесенной разметкой и, не торопясь, совместить нижний край вырезанного отверстия с нижней границей стомы. 9) Приложить и правильно центрировать чистый калоприемник прямо на кожу пациента или на кольцо калоприемника (при использовании многоразового) подальше от свежих разрезов в коже. 10) Приклеить, начиная с нижнего края пластины, калоприемник к коже в течение 1–2 мин, прижимая рукой край отверстия, прилежащий к стоме, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения из стомы. 11) Аккуратно расправить нижние края калоприемника (при применении многоразового). 12) При использовании многоразового калоприемника прикрепить края калоприемника к кожному барьерному приспособлению пластырем. Присоединить пояс к кромке калоприемника. III Окончание процедуры: 1) Снять перчатки. Продезинфецировать и утилизировать использованный материал. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Уточнить у пациента его самочувствие. 4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.
6.2 Алгоритм промывания колостомы	I Подготовка процедуры: 1) Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой.

Продолжение таблицы 13

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.2 Алгоритм промывания колостомы	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. 3) Обеспечить возможность для соблюдения конфидициальности, если процедура проходит в положении лежа. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Надеть нестерильные перчатки. 6) Налить в ирригационный контейнер 500–1000 мл теплой 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 калоприемник в мешок. 10) Вымыть кожу в области колостомы, как при замене калопремника. 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 течение 10–15 мин. 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 мин. 11) Удалить рукав и катетер, поместить их в емкость для дезинфекции. 12) Обмыть кожу пациента вокруг стомы. 13) Закрепить новый калоприемник. III Окончание процедуры: 1) Снять перчатки. Продезинфицировать и утилизировать использованный материал. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Уточнить у пациента его самочувствие. 4) Сделать запись о результатах выполнения в медицинской документации.
6.3 Алгоритм бужирования стомы	I Подготовка процедуры: 1) Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой. 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. 3) Обеспечить возможность для соблюдения конфидициальности, если процедура проходит в положении лежа. 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: вперед и назад. 3) Обработать кожу вокруг стомы.

Окончание таблицы 13

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.3 Алгоритм бужирования стомы	4) Закрепить новый калоприемник. III Окончание процедуры: 1) Снять перчатки. Продезинфицировать и утилизировать использованный материал. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Уточнить у пациента его самочувствие. 4) Сделать запись о результатах выполнения в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Целесообразно обучить пациента и его родственников уходу за стомой. Калоприемник следует опорожнять по заполнении каловыми массами и газами на ½ или ⅓ объема, в противном случае может нарушиться герметичность стыка вокруг стомы
8 Достигаемые результаты и их оценка	Пациент способен и демонстрирует с точностью 100% самостоятельное выполнение манипуляции. Пациент в комфортном состоянии, кожа вокруг стомы без видимых изменений. Пациента чувствует себя комфортно
9 Особенности добровольно информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей манипуляции по уходу за стомой. Информация о выполнении манипуляции, сообщаемая ему врачом, или медсестрой, или фельдшером включает сведения о цели данной процедуры. Письменного согласия не требуется, так как процедура не является опасной для жизни.
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. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ медицинской сестры — 2.0
12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

17 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при дефекации тяжелого больного»

Технология пособия при дефекации тяжелого больного входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.19.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 14.

Таблица 14 — ТПМУМСУ «Пособие при дефекации тяжелого больного»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского об-

Продолжение таблицы 14

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	разовательного учреждения по специальностям: «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело». Младшая медицинская сестра по уходу под контролем среднего медицинского работника указанных выше специальностей 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	Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний
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 расходный материал	Подкладное судно Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Клеенка. Туалетная бумага. Ширма. Емкость с водой. Мыло. Нестерильные перчатки
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Тяжелобольным, контролирующим физиологические отправления, при строгом постельном режиме для опорожнения кишечника в постель подают судно 6.1 Алгоритм выполнения процедуры	I Подготовка к процедуре: 1) 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. 2) Отгородить пациента ширмой (при необходимости). 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Надеть нестерильные перчатки. 5) Ополоснуть судно и оставить в нем немного теплой воды. Убедиться, что поверхность судна, соприкасающаяся с кожей, сухая. 6) Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня. II Выполнение процедуры: 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 медицинский персонал/родственник пациента) — подкладывает и расправляет клеенку под ягодицами пациента. 2) Под ягодицы пациента подвести судно и помочь ему повернуться на спину так, чтобы его промежность оказалась на судне.

Продолжение таблицы 14

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм выполнения процедуры	3) Поднять изголовье кровати так, чтобы пациент оказался в полусидящем положении (положение Фаулера), так как в положении «на спине» многие испытывают трудности при физиологических отправлениях. 4) Снять перчатки, положить их в емкость для дезинфекции. 5) Каждые пять минут проверять, все 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 приподнимает таз пациента (в зависимости от состояния пациента), помощник (вторая медсестра/младший медицинский персонал/родственник пациента) убирает судно, вытирает область анального отверстия туалетной бумагой (если пациент не может сделать самостоятельно). 9) Помощник ставит чистое судно, помогает пациенту повернуться на спину так, чтобы промежность его оказалась на судне. Подмыть пациента и тщательно осушить промежность. 10) Убрать судно и клеенку. III Окончание процедуры: 1) Снять перчатки и поместить их в емкость 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) Уточнить у пациента его самочувствие. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Помощь пациенту в использовании судна должны оказывать два медицинских работника или прибегнуть к помощи помощника из числа младшего медицинского персонала или родственника пациента
8 Достигаемые результаты и их оценка	Пациент чувствует себя комфортно
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) 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. 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. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии

Окончание таблицы 14

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

18 Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка очистительной клизмы»

Технология постановки очистительной клизмы входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.19.002.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 15.

Таблица 15 — ТПМУМСУ «Постановка очистительной клизмы»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 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 необходимо вымыть руки
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные. Амбулаторно-поликлинические
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний. Диагностика заболеваний
5 Материальные ресурсы 5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Кружка Эсмарха. Соединительная трубка. Зажим. Ректальный наконечник стерильный. Водный термометр. Судно (при необходимости)
5.2 Реактивы	Отсутствуют
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4 Продукты крови	Отсутствуют
5.5 Лекарственные средства	Вазелин
5.6 Прочий расходный материал	Перчатки нестерильные. Фартук клеенчатый. Клеенка. Штатив. Таз. Пеленка. Емкость для утилизации и дезинфекции. Шпатель. Ширма (при необходимости)

Продолжение таблицы 15

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм постановки очистительной клизмы	I Подготовка к процедуре: 1) 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. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Надеть фартук и перчатки. 4) Собрать систему, подсоединить к ней наконечник, закрыть систему зажимом. 5) Налить в кружку Эсмарха рекомендуемый объем воды определенной температуры. 6) Заполнить систему водой. 7) Подвесить кружку Эсмарха на подставку высотой 75–100 см, открыть вентиль, слить немного воды через наконечник, вентиль закрыть. 8) Смазать наконечник вазелином. II Выполнение процедуры: 1) Уложить пациента на левый бок на кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка подведены к животу. 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. 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: 1) Предложить пациенту задержать воду в кишечнике на 5–10 мин. 2) Проводить пациента в туалетную комнату. 3) Разобрать систему, наконечник, кружку Эсмарха и клеенку подвергнуть дезинфекции. 4) При необходимости подмыть пациента. 5) Снять перчатки, опустить их в емкость для дезинфекции. 6) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 7) Уточнить у пациента его самочувствие. 8) Сделать соответствующую запись о результатах процедуры в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Процедура проводится в отдельном помещении (клизменной). Если процедура проводится в палате, то необходимо оградить пациента ширмой и обеспечить ему условия комфорта. Глубина введения наконечника в прямую кишку зависит от возраста и варьирует от 2–3 см новорожденному до 10–12 см взрослому. Объем жидкости для единовременного введения также зависит от возраста и варьирует от 100 мл новорожденному до 1200–1500 мл взрослому. При жалобе пациента на боль спастического характера нужно прекратить процедуру, пока боль не утихнет. Температура воды для постановки клизмы: при атонических запорах — 16 °С–20 °С при спастических запорах — 37 °С–38 °С в остальных случаях — 23 °С–25 °С
8 Достигаемые результаты и их оценка	У пациента происходит освобождение нижнего отдела толстого кишечника от каловых масс

Окончание таблицы 15

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) 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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Удовлетворительное состояние пациента
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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

19 Технология выполнения простой медицинской услуги «Удаление копролита»

Технология удаления копролита входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.19.004.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 16.

Таблица 16 — ТПМУМСУ «Удаление копролита»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
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	Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Подкладное судно
5.2 Реактивы	Отсутствуют
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют

Продолжение таблицы 16

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5.4 Продукты крови 5.5 Лекарственные средства 5.6 Прочий расходный материал	Отсутствуют Глицерин или другое средство для смазки, растворимое в воде Перчатки нестерильные. Ширма. Клеенка. Пеленка. Емкость с теплой водой. Салфетки. Полотенце. Простыня
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги: 6.1 Алгоритм выполнения удаления копролита	I Подготовка к процедуре: 1) 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. Предупредить, что проведение процедуры может вызвать определенный дискомфорт. Отгородить пациента ширмой. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Помочь занять удобное положение на боку (как ему удобно) с согнутыми коленями. 4) Укрыть пациента таким образом, чтобы были открыты только ягодицы. 5) Положить пеленку под ягодицы, 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. II Выполнение процедуры: 1) Аккуратно развести в стороны ягодицы 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 пациента; при подозрении на возникновение отрицательных реакций или неестественного дискомфорта процедуру удаления копролита прекратить. III Окончание процедуры: 1) Извлечь палец, снять верхние перчатки, вытереть излишки смазки из области промежности салфеткой, затем отпустить ягодицы, укрыть пациента простыней. 2) Опорожнить подкладное судно, поместить перчатки в емкость 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 емкость для дезинфекции. 8) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 9) Уточнить у пациента его самочувствие. 10) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Перед началом проведения процедуры необходимо измерить артериальное давление, частоту и ритм пульса. Для удаления копролита у маленьких детей необходимо использовать мизинец рабочей руки

Окончание таблицы 16

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
8 Достигаемые результаты и их оценка	У пациента восстанавливается нормальный режим опорожнения кишечника в течение 24 ч. Пациент говорит об облегчении боли в течение 1 ч
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и содержании данного исследования. 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	Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача — 6,0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры — 9,0
12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

20 Технология выполнения простой медицинской услуги «Спринцевание влагалища»

Технология спринцевания влагалища входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.20.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 17.

Таблица 17 — ТПМУМСУ «Спринцевание влагалища»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
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», направление подготовки «Сестринское дело (бакалавр)»
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

Продолжение таблицы 17

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические. Стационарные. Санаторно-курортные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение
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 расходный материал	 Кресло гинекологическое. Корнцанг. Пинцет. Штатив для подвешивания кружки Эсмарха. Кружка Эсмарха. Стерильный влагалищный наконечник Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Антисептический раствор по назначению врача для спринцевания Нестерильные перчатки. Стерильные ватные шарики. Стерильные подкладные пеленки. Емкость для воды. Клеенка
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм спринцевания влагалища	 I Подготовка к процедуре: 1) 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. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) В кружку Эсмарха налить назначенный раствор в количестве 1,5–2 л, подогретый до 35 °С–37 °С (или 38 °С–39 °С по назначению врача). 4) Присоединить к трубке стерильный влагалищный наконечник. 5) Заполнить систему и перекрыть его зажимом (краном). 6) Повесить кружку на штатив высотой 70–100 см над поверхностью гинекологического кресла. 7) Надеть одноразовые (нестерильные) перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Положить на кресло клеенку, пеленку. 2) Помочь расположиться пациентке в гинекологическом кресле. 3) Подставить емкость 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, зажатого 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 емкость для воды. III Окончание процедуры: 1) Извлечь наконечник по окончании процедуры и поместить его в емкость для дезинфекции. 2) Осушить преддверие влагалища сухим ватным шариком. 3) Выдать пациентке стерильную подкладную пеленку для адсорбции выделяющейся влаги.

Окончание таблицы 17

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм спринцевания влагалища	4) Утилизировать расходный материал, предварительно его продезинфицировав. 5) Снять и поместить перчатки в емкость для дезинфекции. 6) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 7) Уточнить у пациентки ее самочувствие. 8) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	В случае выполнения спринцевания раствором температурой 38 °С–39 °С по окончании процедуры наружные половые органы следует смазать вазелином. При использовании лекарственных растворов попросить пациентку в течение 15–20 мин сохранять горизонтальное положение. 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
8 Достигаемые результаты и их оценка	Путем механического промывания достигается очищение влагалища; местное воздействие лекарственных веществ на слизистую оболочку влагалища используется в терапевтических целях
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациентка или ее родители/законные представители (для детей до 15 лет) 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 молочно-кислого брожения, что в некоторой степени изменяет нормальную микрофлору влагалища. Письменного информированного согласия на проведение процедуры не требуется
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ медицинской сестры — 1,5
12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

21 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при мочеиспускании тяжелого больного»

Технология пособия при мочеиспускании тяжелого больного входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.28.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 18.

Таблица 18 — ТПМУМСУ «Пособие при мочеиспускании тяжелого больного»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 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». Младшая медицинская сестра по уходу в сопровождении среднего медицинского работника указанных выше специальностей
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	Стационарные. Амбулаторно-поликлинические
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний
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 расходный материал	 Подкладное судно (для женщин) или мочеприемник (для мужчин) Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Нестерильные перчатки. Лоток. Ширма. Клеенка. Чистые салфетки. Емкость с теплой водой
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм выполнения простой медицинской услуги	 I Подготовка к процедуре: 1) 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. 2) Отгородить пациента ширмой (при необходимости). 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки. 4) Ополоснуть судно и оставить в нем немного теплой воды. Убедиться, что поверхность судна, соприкасающаяся с кожей, сухая. 5) Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня. II Выполнение процедуры: 1) Встать с обеих сторон кровати: медицинский работник помогает пациентке слегка повернуться набок, лицом к ней,

Окончание таблицы 18

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм выполнения простой медицинской услуги	придерживает рукой за плечи и таз; помощник (вторая медсестра/младший медицинский персонал/родственник пациента) подкладывает и расправляет клеенку под ягодицами. 2) Под ягодицы пациентки подвести судно и помочь ей повернуться на спину так, чтобы ее промежность оказалась на судне. Для пациента мужчины поставить мочеприемник между ногами и опустить в него половой член (если пациент не может этого сделать самостоятельно). 3) Медицинский работник поворачивает пациента на бок и придерживает ее за плечи и таз; помощник — убирает судно (мочеприемник у мужчины) и укрывает спину пациента. 4) Подмыть его (ее). Тщательно осушить промежность. 5) Убрать клеенку. 6) Осмотреть выделенную мочу, измерить ее количество. III Окончание процедуры: 1) Поместить в емкость для дезинфекции использованный материал и оснащение. 2) Снять перчатки и поместить их в емкость для использованного материала. 3) Обеспечить пациенту возможность вымыть руки или протереть их антисептическим раствором. 4) Укрыть пациента одеялом, придать ему удобное положение. 5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6) Уточнить у пациента его самочувствие. 7) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Помощь пациенту в использовании судна должны оказывать два медицинских работника или необходимо прибегнуть к помощи родственника пациента. Если пациент в состоянии помочь медицинскому работнику, то оказать помощь в использовании судна или мочеприемника может и один медицинский работник
8 Достигаемые результаты и их оценка	Пациент чувствует себя комфортно
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) 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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность 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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

22 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за постоянным мочевым катетером»

Технология ухода за постоянным мочевым катетером входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.28.002.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 19.

Таблица 19 — ТПМУМСУ «Уход за постоянным мочевым катетером»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги 1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	 Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело» 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
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний
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 расходный материал	 Шприц одноразовый на 10 мл. Катетер мочевой одноразовый стерильный с дополнительным отведением для промывания мочевого пузыря. Стерильный мочеприемник Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Стерильный раствор борной кислоты. Мазь гентамициновая. Барьерное средство для защиты кожи Перчатки нестерильные. Адсорбирующая пеленка. Стерильные ватные или марлевые шарики. Стерильные марлевые салфетки. Емкость для воды. Лейкопластырь
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм ухода за постоянным мочевым катетером	 I Подготовка к процедуре: 1) 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. 2) Обеспечить конфиденциальность процедуры. 3) Опустить изголовье кровати. 4) Помочь пациенту занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку. 5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6) Надеть перчатки. II Выполнение процедуры:

Продолжение таблицы 19

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за постоянным мочевым катетером	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, отечность, 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 ее плоскости. 7) Снять с кровати пеленку (клеенку с пеленкой) и поместить ее в емкость для дезинфекции. III Окончание процедуры: 1) Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал 2) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Для профилактики внутрибольничной инфекции у пациента с постоянным мочевым катетером: Следить, чтобы система катетер — мочеприемник была замкнутой, разъединять ее только в случае необходимости промывания катетера. Промывать катетер строго по назначению врача. При подозрении на его закупорку удалить всю систему и установить новую при необходимости. Использовать одноразовый катетер, имеющий специальное отведение для промывания без разъединения системы. При необходимости промывания катетера соблюдать правила асептики. Осторожно отсоединять мочеприемник, избегая загрязнения соединительной трубки. Кратность проведения процедуры по необходимости и назначению врача
8 Достигаемые результаты и их оценка	Отсутствия признаков воспаления при осмотре уретры вокруг катетера и кожи промежности. Катетер не закупоривается
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) 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. 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. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии

Окончание таблицы 19

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

23 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за внешним мочевым катетером»

Технология ухода за внешним мочевым катетером входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.28.003.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 20.

Таблица 20 — ТПМУМСУ «Уход за внешним мочевым катетером»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги 1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	 Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «Лечебное дело», «Сестринское дело» 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	Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний
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 расходный материал	 Катетер типа «кондом» Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Нестерильные перчатки. Емкость для сбора выделяемой мочи с канюлей. Емкость для воды. Застежка-«липучка» или резинка. Марлевые салфетки. Адсорбирующая пеленка
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм ухода за внешним катетером	 I Подготовка к процедуре: 1) 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.

Продолжение таблицы 20

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за внешним катетером	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 пеленку. 5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6) Надеть перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Положить емкость для сбора выделяемой мочи на кровать так, чтобы канюля лежала на кровати, свисала петлей с матраса и прикреплялась к самой кровати. 2) Вымыть и осушить половой член пациента. 3) Использованный материал поместить в емкость 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 полового члена для прикрепления к системе дренирования. 5) Придерживая катетер «кондом» одной рукой, надеть застежку-«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 ее. 8) Проверять безопасность, надежность расположения катетера на половом члене каждые 4 ч. 9) Снимать катетер типа «кондом» на полчаса во время ежедневной ванны или каждые 24 ч. III Окончание процедуры: 1) Удобно расположить пациента. Поднять боковые поручни. 2) Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал. 3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента его самочувствие. 6) Сделать запись о результатах выполнения в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Отсутствуют
8 Достигаемые результаты и их оценка	Отсутствие признаков воспаления при осмотре уретры вокруг катетера и кожи промежности
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медсестрой, фельдшером, включает сведения о цели данного действия. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на уход за внешним катетером не требуется, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента
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. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии

Окончание таблицы 20

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

24 Технология выполнения простой медицинской услуги «Перемещение тяжелобольного в постели»

Технология перемещения тяжелобольного в постели входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 21.

Таблица 21 — ТПМУМСУ «Перемещение тяжелобольного в постели»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги 1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	 Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело» Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала 2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	 Если пациент весит более 80–100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним-двумя помощниками. Желательно наличие приспособлений для подъема пациента. 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	Профилактика заболеваний
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 расходный материал	 Функциональная кровать. Оборудование для придания нужного положения (валики, подушки). Простыни для переворачивания Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Нестерильные перчатки
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм перемещения тяжелобольного в постели	 I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента до-

Продолжение таблицы 21

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм перемещения тяжелобольного в постели	бровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Надеть перчатки. 4) Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций. II Выполнение процедуры: а) Перемещение пациента к изголовью кровати на невысокой кровати (выполняют два человека) 1) Помочь пациенту сесть: одна медицинская сестра поддерживает пациента, другая — может подложить подушку. 2) Встать с обеих сторон кровати, лицом друг к другу, близко к кровати и немного сзади пациента так, чтобы плечи были вровень со спиной пациента. 3) Положить на край кровати пеленку. 4) Встать коленом, которое ближе к пациенту, на кровать, расположив голень на пеленке 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 кладет свои руки на спину медицинским сестрам. 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 бедрами пациента, ближе к ягодицам, медицинские сестры 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. б) Перемещение пациента к изголовью кровати (выполняется одной медицинской сестрой) 1) Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее 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 медицинской сестры 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 находись 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 действия, пока тело пациента не достигнет в постели желаемой высоты. 10) Переместить пациента на середину постели, точно так же поочередно передвигая три части его тела.

Продолжение таблицы 21

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм перемещения тяжелобольного в постели	11) Поднять голову и плечи пациента и подложить подушку. в) Перемещение пациента к изголовью кровати с помощью простыни (выполняется одной медицинской сестрой) 1) Вытащить края простыни из-под матраса со всех сторон. 2) Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее 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 пациента двумя руками ладонями вверх. 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. г) Перемещение пациента к краю кровати (выполняется одной медицинской сестрой, пациент может помочь) 1) Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее 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 бедра пациента. 7) Также отклонить корпус назад и потянуть 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 нее подушку. III 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 емкость для дезинфекции. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента его самочувствие. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок. Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним-двумя помощниками. При перемещении пациента соблюдать биомеханику тела
8 Достигаемые результаты и их оценка	У пациента отсутствуют признаки физических травм, таких как свежие синяки, ссадины и повреждения костной системы после перемещения

Окончание таблицы 21

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (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). Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии
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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

25 Технология выполнения простой медицинской услуги «Размещение тяжелобольного в постели»

Технология размещения тяжелобольного в постели входит в ТПМУСУ и имеет код А14.31.002.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 22.

Таблица 22 — ТПМУМСУ «Размещение тяжелобольного в постели»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: «Лечебное дело», «Сестринское дело», «Акушерское дело». Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: «Лечебное дело», «Педиатрия», направление подготовки «Сестринское дело (бакалавр)»
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	Если пациент весит более 80–100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним-двумя помощниками. Желательно наличие приспособлений для подъема пациента. До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры

Продолжение таблицы 22

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные. Амбулаторно-поликлинические
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний
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 расходный материал	 Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Вспомогательные устройства, необходимые для пациента. Подушка для головы и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм размещения тяжелобольного в постели	I Подготовка к процедуре: 1) 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. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Надеть перчатки. 4) Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций. II Выполнение процедуры: а) Размещение пациента лежа на спине (выполняется одним медицинским работником) 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, свернутое валиком полотенце. 5) Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль наружной поверхности бедер, начиная от области большого вертела бедренной кости. 6) Подложить небольшую подушку или валик под голень в области ее нижней трети. 7) Обеспечить упор для поддерживания стоп под углом 90°. 8) Положить под предплечья небольшие подушки. б) Размещение пациента с гемиплегией в положение на спине (выполняется одним медицинским работником) 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати. 2) Под парализованное плечо положить сложенное полотенце или подушку. 3) Отодвинуть парализованную руку от туловища, разогнув ее в локте и повернув ладонью вверх. Вместо этого можно также отвести парализованную руку от туловища, поднять ее, согнув в локте и положив кисть ближе к изголовью кровати. 4) Расслабленной кисти придать обычное положение: кисть слегка разогнута ладонью вниз, ее свод сохраняется, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половинку разрезанного пополам резинового мячика.

Продолжение таблицы 22

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм размещения тяжелобольного в постели	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) Обеспечить упор для стоп под углом 90°. в) Размещение пациента в положение Фаулера (выполняется одним медицинским работником) 1) Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати, убрать подушки. 2) Поднять изголовье кровати под углом 45°–60° (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°. г) Размещение пациента с гемиплегией в положение 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, ее 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 бедрах, подложив под колени подушку или сложенное одеяло. 8) Обеспечить упор для стоп под углом 90°. д) Размещение пациента в положение 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 ногу в колене и поставить ее на протектор. Вторая нога является опорой.

Продолжение таблицы 22

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм размещения тяжелобольного в постели	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. Выдвинуть вперед «нижнее» плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке. 8) Придать обеим рукам пациента слегка согнутое положение. Рука, находящаяся сверху, лежит на подушке на уровне плеча. 9) Подложить пациенту под спину сложенную подушку (подушку сложить по длине и слегка подсунуть ее ровной поверхностью под спину пациента). 10) Под согнутую «верхнюю» ногу пациента, лежащую немного впереди нижней, поместить подушку (от паховой области до стопы). 11) Поместить мешок с песком у подошвы «нижней» ноги. Расправить подкладную пеленку. е) Размещение пациента в положение лежа 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 ее к туловищу по всей длине, подложив кисть под бедро, или поднять ее вверх и вытянуть ее вдоль головы. 5) Перейти на другую сторону кровати. 6) Встать коленом на кровать. Подложить свернутое одеяло или небольшую подушку под верхнюю часть живота пациента. Положить руку на дальнее от медицинской сестры плечо пациента, а другую руку — на дальнее бедро. 7) Перевернуть пациента на живот, в сторону медицинской сестры. 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 пеленку. ж) Размещение пациента с гемиплегией в положение 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 непарализованной стороны тела. 3) Перейти на другую сторону. Поставить колено на край кровати и повернуть пациента на бок (на непарализованную боковую поверхность тела). 4) Поместить подушку под живот пациента. 5) Выпрямить локоть парализованной руки, прижать ее по всей длине к туловищу и подсунуть кисть под бедро или поднять вверх параллельно туловищу. 6) Осторожно повернуть пациента через парализованную руку на живот.

Продолжение таблицы 22

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм размещения тяжелобольного в постели	7) Повернуть голову пациента набок (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°. и) Размещение пациента в положение 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 лежа 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. III 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 емкость для дезинфекции. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента его состояние. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	При смене положения пациента необходимо руководствоваться следующими правилами. Убедиться, что все оборудование, капельницы и трубки, присоединенные к пациенту, надежно закреплены, так что они не будут смещены при его перемещении. Отсоединить дренирующие трубки, если это необходимо, и снова их присоединить после придания пациенту необходимой позы. Убедиться в наличии помощника при обращении с конечностями, зафиксированными жесткими стабилизаторами (например, гипс, вытяжение), и с тяжелым 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. При перемещении пациента соблюдать биомеханику тела
8 Достигаемые результаты и их оценка	Кожа пациента теплая, сухая. Повреждения и изменения цвета в точках давления отсутствуют. Пациент чувствует себя комфортно

Окончание таблицы 22

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (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). Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии
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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

26 Технология выполнения простой медицинской услуги «Транспортировка тяжелобольного внутри учреждения»

Технология транспортировки тяжелобольного внутри учреждения входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.003.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 23.

Таблица 23 — ТПМУМСУ «Транспортировка тяжелобольного внутри учреждения»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по всем специальностям: «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело». Специально обученный персонал, не имеющий медицинского образования, в сопровождении медицинского работника
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	Выполнение транспортировки: на каталке осуществляют не менее двух медицинских работников; на носилках — не менее четырех медицинских работников
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические. Стационарные. Санаторно-курортные

Продолжение таблицы 23

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Транспортное
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 расходный материал	 Каталка или носилки или функциональное кресло-каталка. Одеяло. Подушка. Простыня. Клеенка с пеленкой — при необходимости Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Отсутствует
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги: Способ транспортировки тяжелобольного внутри учреждения определяет врач. 6.1 Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на каталке (носилках)	I Подготовка к транспортировке: 1) Идентифицировать пациента, представиться, 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, ее техническое состояние. 4) Постелить на каталку простыню, положить подушку, клеенку с пеленкой (при необходимости). II Выполнение транспортировки: а) Перемещение пациента на каталку (должно осуществляться тремя медицинскими работниками) 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 медицинский работник подводит руки под голову и лопатки пациента, второй — под таз и верхнюю часть бедер, третий — под середину бедер 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. б) Осуществление транспортировки на каталке 1) Встать у каталки — один медицинский работник спереди носилок, другой — сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения. 2) Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента. в) Осуществление транспортировки на носилках 1) Встать у носилок — два медицинских работника 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 вперед в горизонтальном положении. Вверх по лестнице пациента необходимо нести головным концом носилок вперед также в горизонтальном положении. 4) Во время транспортировки осуществляют непрерывное наблюдение за состоянием пациента. III Окончание транспортировки: 1) Поставить каталку так, как позволяет площадь палаты.

Продолжение таблицы 23

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на каталке (носилках)	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) Уточнить у пациента его самочувствие. Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу
6.2 Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на функциональном кресле-каталке	I Подготовка к транспортировке: 1) Идентифицировать пациента, представиться, 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 Выполнение транспортировки: а) Перемещение пациента на кресло-каталку (выполняется одной медицинской сестрой, если пациент 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 вперед. 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 дергая 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 займет 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 надежно сидит в кресле. Попросить пациента поставить ноги на подставку для ног. б) Осуществление транспортировки на кресле-каталке 1) Снять кресло-каталку с тормозов и транспортировать пациента. 2) Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента. III Окончание транспортировки на кресле-каталке: 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 вперед. 3) Прижав пациента к себе, плавно поднять его, не дергая 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 бедер. 5) Посадить пациента на кровать. 6) Уложить пациента, укрыть одеялом, убедиться, что он чувствует себя комфортно. 7) Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно

Окончание таблицы 23

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.2 Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на функциональном кресле-каталке	доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу. 8) Провести дезинфекцию использованных для транспортировки средств
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	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. В случае отсутствия каталки или невозможности ее использования пациента переносят на носилках вручную не менее четырех человек. При появлении усталости у медицинского работника необходимо сообщить остальным участникам транспортировки, так как уставшие пальцы могут непроизвольно расслабиться. При транспортировке тяжелобольного пациента из операционной в отделение контроль за транспортировкой осуществляет медицинская сестра — анестезистка. Все перемещения осуществлять с соблюдением правил биомеханики тела
8 Достигаемые результаты и их оценка	Удовлетворенность пациента. Отсутствие видимых ухудшений самочувствия пациента
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент (если он находится в сознании) или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей транспортировке. Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели транспортировки. 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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Пациент своевременно транспортирован в соответствующее отделение Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии
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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

27 Технология выполнения простой медицинской услуги «Кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд»

Технология кормления тяжелобольного через рот и назогастральный зонд входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.004.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 24.

Таблица 24 — ТПМУМСУ «Кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги 1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	 Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело» 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
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний
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 расходный материал	 Фонендоскоп. Система для непрерывного режима зондового кормления. Шприц объемом 20–50 мл. Зажим хирургический Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Изотонический раствор хлорида натрия Салфетка. Лейкопластырь. Перчатки нестерильные. Воронка. Часы. Комплект столовой посуды, в соответствии с выбранным режимом кормления
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм кормления тяжелобольного через рот и назогастральный зонд	 I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться (если пациент в сознании), проинформировать о предстоящем кормлении, составе и объеме 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 °С–35 °С. II Выполнение процедуры: а) При кормлении пациента через рот 1) Помочь пациенту занять полусидячее положение в постели, или положение, сидя с опущенными ногами, или помочь пересесть на стул.

Продолжение таблицы 24

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм кормления тяжелобольного через рот и назогастральный зонд	2) Помочь пациенту вымыть руки, причесаться, поправить одежду. 3) Накрыть грудь пациента салфеткой. 4) При наличии у пациента съемных зубных протезов помочь пациенту установить их. 5) Придвинуть прикроватный столик к кровати пациента, сервировать стол. 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. 7) Предложить пациенту воспользоваться столовым прибором, в том числе специальной посудой для пациентов с нарушенными моторными функциями. б) Если пациент готов есть самостоятельно 1) При необходимости использовать вспомогательные приспособления для предплечья, облегчающие подъем руки до уровня рта (например, подвижные подставки для предплечья; поддерживающие ремни, одеваемые через голову); протезные или ортопедические приспособления. 2) Наблюдать за процессом питания; эффективностью пережевывания и глотания. 3) По мере необходимости заменять тарелки. 4) По окончании процедуры помочь пациенту прополоскать рот и занять удобное положение в постели. в) Если пациент нуждается в активном кормлении 1) Приподнять головной конец кровати. 2) Убедиться, что пища, приготовленная для пациента, имеет гомогенную консистенцию. 3) Придвинуть прикроватный столик к кровати пациента, сервировать стол. 4) Одной рукой приподнять голову пациента; другой поднести ложку ко рту пациента (при гемипарезе пища подносится со здоровой стороны). 5) Поддерживать голову пациента в процессе жевания и глотания. 6) Поить пациента по требованию или через каждые три-пять ложек пищи. Жидкость дают с помощью ложки или поильника. 7) По окончании кормления помочь пациенту прополоскать рот или обработать ротовую полость по протоколу 14.07.002 «Уход за полостью рта тяжелобольного». 8) Придать пациенту полусидячее положение на 30 мин после окончания еды. г) При кормлении пациента через назогастральный зонд 1) Определить предписанный пациенту режим кормления — непрерывный или перемежающийся (фракционный). 2) Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика) 3) Поднять головной конец кровати на 30°–45°. 4) Проверить правильность положения зонда. 5) Присоединить шприц объемом 20 $см^3$ к дистальному участку зонда и аспирировать содержимое желудка. - Оценить характер содержимого — при появлении признаков кровотечения прекратить процедуру. - При выявлении признаков нарушения эвакуации желудочного содержимого — прекратить кормление. 6) Присоединить к дистальному участку зонда шприц, заполненный 20 $см^3$ воздуха и ввести воздух внутрь, одновременно аускультируя область эпигастрия. 7) Осмотреть кожу и слизистые оболочки носовых ходов, исключить признаки инфицирования и трофических нарушений, связанных с постановкой назогастрального зонда.

Продолжение таблицы 24

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм кормления тяжелобольного через рот и назогастральный зонд	8) Проверить качество фиксации зонда, при необходимости заменить пластырную повязку. д) При непрерывном режиме зондового кормления 1) Промыть емкость для питательной смеси и соединительную канюлю. 2) Заполнить емкость предписанной питательной смесью. 3) Присоединить канюлю к дистальному участку назогастрального зонда или приемному штуцеру инфузионного насоса. 4) Установить требующуюся скорость введения раствора с помощью дозатора канюли или блока управления насоса. 5) Контролировать скорость введения раствора и объем введенной смеси каждый час. 6) Каждый час аускультировать перистальтические шумы во всех квадрантах живота. 7) Каждые 3 ч проверять остаточный объем желудочного содержимого. При превышении объема показателя, указанного в назначении, прервать кормление. 8) По окончании процедуры промыть зонд 20–30 мл физиологического раствора или другого раствора в соответствии с предписанной схемой. е) При перемежающемся (фракционном) режиме зондового кормления 1) Подготовить предписанный объем питательной смеси; перелить его в чистую посуду. 2) Заполнить шприц объемом 20–50 мл или воронку питательным раствором. 3) Ввести активно медленно (с помощью шприца) или пассивно (с помощью воронки) предписанный объем питательной смеси в желудок пациента. введение производить дробно, порциями по 20–30 мл, с интервалами между порциями — 1–3 мин. 4) После введения каждой порции, пережимать дистальный участок зонда, препятствуя его опустошению. 5) По окончании кормления ввести предписанный назначением объем воды. Если введение жидкости не предусмотрено, промыть зонд 30 мл физиологического раствора. III Окончание процедуры: 1) Аускультировать перистальтические шумы во всех квадрантах живота. 2) Обработать ротовую полость, вытереть лицо пациента от загрязнений. 3) Подвергнуть дезинфекции использованный материал. 4) Снять перчатки, обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента его самочувствие. 6) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	При использовании для зондового питания инфузионных насосов настройка и порядок работы с последними определяются инструкцией к аппарату. Используемый инвентарь в части видов посуды и ортопедических (протезных приспособлений) может варьироваться в соответствии с назначениями специалиста по восстановительной медицине. Недоношенным детям, выхаживаемым в кювезе, а также травмированным вертикальное положение не придается
8 Достигаемые результаты и их оценка	Пациент получает достаточное количество сбалансированного питания с учетом рекомендаций лечащего врача
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о характере,

Окончание таблицы 24

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	продолжительности, эффективности искусственного питания. 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	Отсутствуют признаки инфицирования и трофических нарушений по ходу назогастрального зонда, аспирацией пищей. Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность 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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

28 Технология выполнения простой медицинской услуги «Приготовление и смена белья тяжелобольному»

Технология приготовления и смены белья тяжелобольному входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.005.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 25.

Таблица 25 — ТПМУМСУ «Приготовление и смена белья тяжелобольному»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Младшая медицинская сестра по уходу. 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. При выполнении данной услуги может использоваться помощник из числа медицинского персонала или родственников пациента
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные. Амбулаторно-поликлинические

Продолжение таблицы 25

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний
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 расходный материал	 Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Комплект чистого белья. Мешок для грязного белья. Пеленка. Перчатки нестерильные
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм подготовки и смены постельного белья тяжелобольному	 I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры, 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. II Выполнение процедуры: 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. 3) Снять пододеяльник, убрать одеяло и накрыть пациента пододеяльником на время смены белья. 4) Повернуть пациента на бок по направлению к себе. 5) Скатать валиком грязную простыню, подложить этот валик под спину пациенту. Если белье сильно загрязнено, положить на валик пеленку. 6) Положить сложенную вдвое чистую простыню на свободную сторону постели, заправить ее под матрас с противоположной от больного стороны. 7) Помочь пациенту перекатиться через валик на чистую сторону. 8) Скатать грязную простыню и положить ее в мешок для белья. 9) Расправить чистую простыню и заправить ее 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. III Окончание процедуры: 1) Удобно расположить пациента в постели. Осторожно поместить подушку обратно. 2) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок. Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним-двумя помощниками. При этом голова и таз пациента держатся «на весу» и грязная простыня скатывается под ним сверху вниз

Окончание таблицы 25

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
8 Достигаемые результаты и их оценка	Пациент лежит на чистом белье
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему врачом, медицинской сестрой, фельдшером или акушеркой, включает сведения о цели данного действия. Письменного подтверждения 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
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача — 1,0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры — 3,0
12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

29 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному»

Технология пособия по смене белья и одежды тяжелобольному входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.006.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 26.

Таблица 26 — ТПМУМСУ «Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Младшая медицинская сестра по уходу. 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. При выполнении данной услуги может использоваться помощник из числа медицинских работников или родственников пациента
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные

Продолжение таблицы 26

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний
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 расходный материал	 Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Перчатки нестерильные. Комплект чистого нательного белья. Комплект чистой одежды для пациента. Непромокаемый мешок для грязного белья. Клеенчатый фартук
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм смены белья и одежды тяжелобольному	 I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры, получить его согласие. 2) Приготовить комплект чистого нательного белья и одежды. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Надеть перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента. При необходимости — установить ширму. 2) Помочь пациенту сесть на край кровати. 3) Помочь пациенту снять рубашку (платье). Если одна руки повреждена или производится инфузия, надо начать с другой руки. Осторожно проносить рукав над поврежденной рукой (иглой, катетером). При внутривенном вливании флакон с раствором снимается со штатива и проносится через рукав. 4) Помочь пациенту снять нижнее белье. 5) Укрыть пациента простыней. 6) Помочь пациенту надеть чистую рубашку (ночную рубашку, пижамную куртку) сначала на поврежденную конечность. 7) Помочь пациенту снять носки. 8) Помочь пациенту лечь в постель, поправить простыню. 9) Помочь пациенту снять брюки, нижнее белье. 10) Помочь пациенту надеть чистое белье, носки и брюки. III Окончание процедуры: 1) Удобно расположить пациента в постели, накрыть одеялом 2) Поместить грязную одежду в мешок для грязного белья. 3) Протереть стул или тумбочку, где располагалось грязное белье и одежда, влажной ветошью. 4) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции. 5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6) Уточнить у пациента его самочувствие. 7) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	В ходе смены нательного белья и одежды не стоит обнажать пациента (нужно прикрывать его простыней). Следует обеспечивать его безопасность (страховка от падения). Необходимо поощрять пациента активно участвовать в процедуре, разговаривать с ним (поддержание личного достоинства, восполнение потребности в общении). Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним-двумя 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

Окончание таблицы 26

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
8 Достигаемые результаты и их оценка	Пациент одет в чистое белье
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему врачом, медицинской сестрой, фельдшером или акушеркой, включает сведения о цели данного действия. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на смену белья и одежды не требуется, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги
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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

30 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного»

Технология ухода за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.007.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 27.

Таблица 27 — ТПМУМСУ «Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
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». Младшая медицинская сестра по уходу
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

Продолжение таблицы 27

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний
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 расходный материал	 Судно. Зажим (корнцанг или пинцет). Водный термометр Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Нестерильные перчатки. Клеенка. Салфетки марлевые (тампоны). Фартук клеунчатый. Емкость для воды. Мыльный раствор. Ширма (если процедура выполняется в общей палате)
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм выполнения манипуляции	 I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры, получить его согласие. 2) Отгородить пациента ширмой (при необходимости). 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Надеть клеенчатый фартук, перчатки. 5) Налить в емкость теплую воду (35 °С–37 °С). 6) Положить пациента на спину, по возможности согнуть ноги в коленях и слегка развести в тазобедренных суставах. Подложить под пациента клеенку. II Выполнение процедуры: а) У женщин 1) Подставить под крестец пациентки судно. 2) Встать сбоку от пациентки, в одну руку взять емкость с теплой водой, в другую руку зажим с марлевым тампоном (салфеткой). 3) Поливать из емкости 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. б) У мужчин 1) Поставить судно. 2) Встать сбоку от пациента, смочить салфетку (варежку) водой. 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. III Окончание процедуры: 1) Убрать судно, клеенку. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Уложить пациента(ку) удобно, накрыть его (ее) простыней, одеялом. 4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Подвергнуть использованный материал, в том числе и перчатки, дезинфекции. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

Окончание таблицы 27

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Процедура выполняется тяжелобольным пациентам, находящимся на строгом постельном и постельном режиме. Подмывание проводится 2 раза в сутки, а также после каждого акта дефекации у всех больных, у женщин после каждого мочеиспускания. Естественные складки у тучных людей обрабатывать при увлажнении — присыпкой, при сухости кожи пользоваться увлажняющим кремом
8 Достигаемые результаты и их оценка	Кожа промежности и наружных половых органов чистая. Опрелостей нет. Пациент (родственники) удовлетворены качеством получаемой услуги
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он находится в сознании). Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели 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	Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствие осложнений во время и после процедуры
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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

31 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за пупочной ранкой новорожденного»

Технология ухода за пупочной ранкой новорожденного входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.008.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 28.

Таблица 28 — ТПМУМСУ «Уход за пупочной ранкой новорожденного»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
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

Продолжение таблицы 28

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. Использование перчаток во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические. Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний
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 расходный материал	 Стерильная пипетка. Стерильный пинцет. Лоток Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют 3%-ный раствор перекиси водорода — 50 мл. 70%-ный этиловый спирт — 10 мл. Антисептик для обработки пупочной ранки. Дезинфицирующее средство Стерильные ватные палочки. Мыло. Стерильные ватные шарики. Нестерильные перчатки. Стерильные перчатки. Ветошь. Стерильный халат. Стерильные марлевые салфетки
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм ухода за пупочной ранкой новорожденного	 I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать младенца и его мать, представиться маме (или другим родственникам новорожденного), объяснить цель и ход предстоящей процедуры, получить согласие. В случае отсутствия такового уточнить действия у врача. 2) Подготовить необходимое оснащение. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки. 4) Распеленать ребенка в кроватке (или на нестерильном пеленальном столе). Внутреннюю пеленку развернуть, не касаясь кожи ребенка 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%-ным раствором перекиси водорода. 3) Через 20–30 с просушить ранку, тушируя ее сухим стерильным ватным шариком с помощью пинцета. Шарики/тампоны поместить в лоток. 4) Обработать ранку и кожу вокруг пинцетом с ватным тампоном, смоченным 70%-ным этиловым спиртом (движением изнутри кнаружи). 5) Другим ватным тампоном, смоченным в антисептике, обработать только ранку, не касаясь кожи. III Окончание процедуры: 1) Использованные материалы и перчатки подвергнуть дезинфекции. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Запеленать ребенка. 4) Рабочую поверхность столика обработать дезинфектантом.

Окончание таблицы 28

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за пупочной ранкой новорожденного	5) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Обязательное условие: при обработке пупочной ранки обязательно растягивать ее края (даже при образовавшейся корочке)
8 Достигаемые результаты и их оценка	Отсутствие видимых изменений (раздражений) со стороны пупочной ранки новорожденного
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи:	Мать (законные представители) новорожденного должна быть информирована о предстоящей процедуре. Информация, сообщаемая ей медицинским работником, включает сведения о цели и ходе данной процедуры. Письменного подтверждения согласия матери или других родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья ребенка. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность 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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

32 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пеленание новорожденного»

Технология пеленания новорожденного входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.009.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 29.

Таблица 29 — ТПМУМСУ «Пеленание новорожденного»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
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

Продолжение таблицы 29

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
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические. Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний
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 расходный материал	Пеленальный столик с матрацем Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Комплект стерильных пеленок и распашонок. Водонепроницаемый обеззараженный фартук
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм пеленания новорожденного	а) Пеленание новорожденного в родовспомогательном учреждении Примечание — Способы пеленания новорожденного приведены в приложении Б (рисунки Б.1 — Б.4). I Подготовка к пеленанию: 1) Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть фартук. 2) Проверить дату стерилизации пеленок, вскрыть стерильный мешок для пеленания. 3) Расстелить на пеленальном столе (предварительно прошедшим дезинфекцию) четыре пеленки: первую фланелевую; вторую пеленку сложить по диагонали и положить сгибом вверх выше уровня первой пеленки на 15 см (для изготовления косынки) или сложить вдвое по длине и положить выше уровня первой пеленки для изготовления шапочки; третью пеленку ситцевую; четвертую пеленку ситцевую сложить вчетверо длинным прямоугольником для изготовления подгузника (вместо нее можно использовать подгузники (например, «Памперс», «Либеро», «Хаггис» и др.)*. 4) Для изготовления шапочки сложенный край необходимо подвернуть кзади на 15 см. Углы верхнего края пеленки сдвинуть к центру, соединить их. Нижний край сложить несколько раз до нижнего края шапочки. Положить на уровне верхнего края первой пеленки. II Выполнение процедуры: 1) Распеленать новорожденного в кроватке или на нестерильном столе. Внутреннюю пеленку развернуть, не касаясь кожи ребенка руками. 2) Взять ребенка на руки, уложить на приготовленные пеленки на пеленальном столе. 3) Провести четвертую пеленку (подгузник) между ног ребенка, ее верхний край разместить в подмышечной области с одной стороны. 4) Краем третьей пеленки с той же стороны накрыть и зафиксировать плечо, переднюю часть туловища ребенка и подмышечную область с другой стороны. Противоположным краем пеленки накрыть и зафиксировать второе плечо ребенка. Нижним ее краем отделить стопы одна от другой. Избыток пеленки снизу рыхло свернуть и проложить между стоп ребенка. 5) Надеть шапочку или косынку, изготовленную из второй пеленки.

Продолжение таблицы 29

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм пеленания новорожденного	6) Зафиксировать все предыдущие слои и шапочку (косынку) первой пеленкой. Нижний конец ее завернуть вверх и обвести вокруг туловища ребенка на 3–4 см ниже сосков и закрепить сбоку, подвернув уголок пеленки за ее туго натянутый край. б) Широкое пеленание (закрытый способ) I Подготовка к пеленанию: 1) Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика), надеть фартук. 2) Проверить дату стерилизации пеленок, вскрыть стерильный мешок для пеленания. 3) Расстелить на пеленальном столе четыре пеленки: первую фланелевую и вторую ситцевую пеленки на одном уровне, третью пеленку ситцевую на 10 см ниже и четвертую пеленку ситцевую сложить вчетверо длинным прямоугольником для изготовления подгузника (вместо нее можно использовать подгузники (например, «Памперс», «Либеро», «Хаггис» и др.). II Выполнение процедуры: 1) Распеленать новорожденного в кроватке или на «нестерильном» столе. Внутреннюю пеленку развернуть, не касаясь кожи ребенка руками. 2) Взять ребенка на руки, уложить на приготовленные пеленки на пеленальном столе. 3) Провести четвертую пеленку (подгузник) между ног ребенка, ее верхний край разместить в подмышечной области с одной стороны. 4) Из третьей пеленки сделать «штанишки». Для этого провести верхний край третьей пеленки на уровне подмышечных впадин, чтобы ноги ребенка были открытыми выше уровня колен. Нижний край провести между ног, плотно прижать им подгузник к ягодицам ребенка и закрепить вокруг туловища. 5) Краем второй пеленки покрыть и зафиксировать плечи с обеих сторон, нижний край проложить между стоп ребенка, отделив их и голени одну от другой. 6) Первой пеленкой зафиксировать все предыдущие слои и закрепить пеленание. в) Широкое пеленание (открытый способ) I Подготовка к пеленанию: 1) Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика), надеть фартук. 2) Проверить дату стерилизации пеленок, вскрыть стерильный мешок для пеленания. 3) Расстелить на пеленальном столе четыре пеленки на одном уровне: первую фланелевую, вторую ситцевую, третью пеленку ситцевую, четвертую пеленку-подгузник и фланелевую распашонку. Выложить на стол ситцевую распашонку. II Выполнение процедуры: 1) Распеленать новорожденного в кроватке или на нестерильном столе. Внутреннюю пеленку развернуть, не касаясь кожи ребенка руками. 2) Взять ребенка на руки, уложить на приготовленные пеленки на пеленальном столе. 3) Одеть ребенка в ситцевую распашонку разрезом назад, затем во фланелевую разрезом вперед. Подвернуть край распашонок вверх на уровне пупочного кольца. 4) Провести четвертую пеленку (подгузник) между ног ребенка, ее верхний край разместить в подмышечной области с одной стороны. 5) Из третьей пеленки сделать «штанишки». Для этого провести верхний край третьей пеленки на уровне подмышечных впадин, чтобы ноги ребенка были открытыми выше уровня колен. Нижний край провести между ног, плотно прижать им подгузник к ягодицам ребенка и закрепить вокруг туловища.

Окончание таблицы 29

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм пеленания новорожденного	6) Вторую пеленку закрепить сверху, как третью, нижний край проложить между стоп ребенка. 7) Первой пеленкой зафиксировать все предыдущие слои и закрепить пеленание. III Окончание процедуры: 1) Уложить ребенка в кроватку. 2) Провести мероприятия по обработке и дезинфекции использованного оснащения. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	При недостаточной температуре воздуха в палате необходимо использовать дополнительно одну-две пеленки, сложенные вчетверо и размещенные «ромбом» после второй или третьей пеленки. Перед кормлением для предупреждения контакта пеленок новорожденного с постельным бельем матери необходимо использовать еще одну пеленку. Ее следует расстелить ромбом, положить ребенка, завернутого в пеленки, по диагонали. Боковые углы ромба завернуть на животе под спину, нижний конец пеленки — по средней линии под угол, образованный боковыми ее частями
8 Достигаемые результаты и их оценка	Новорожденный ухожен, не показывает признаков беспокойства
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Мать или иные родственники новорожденного должны быть информированы о предстоящей процедуре. Информация, сообщаемая им медицинским работником, включает сведения о цели и ходе данной 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 ребенка. 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). Удовлетворенность матери новорожденного качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствие отклонений от алгоритма технологии
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача — 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры — 0,5
12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Схематическое представление способов пеленания новорожденного приведено в приложении Б (рисунки Б.1 — Б.4).
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

* Данные приведены для удобства пользователей и не являются рекламой.

33 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за дренажом»

Технология ухода за дренажом входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.010.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 30.

Таблица 30 — ТПМУМСУ «Уход за дренажом»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
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», «Сестринское дело». Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: «Лечебное дело», направление подготовки «Сестринское дело (бакалавр)».
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	Стационарные. Амбулаторно-поликлинические
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Стол перевязочный (при выполнении манипуляции в положении лежа). Фонендоскоп. Система для дренирования грудной клетки. Аппарат для отсоса (монтируемый на стену или портативный). Мини-спайк (фильтр-пробка) для флакона. Пластырь шириной 5 см. Емкость для сбора извлекаемой жидкости (аппарат Боброва, одноразовый контейнер, система по Бюлау). Зажим. Пинцет. Стерильные ножницы. Стерильный шпатель. Лоток. Патентованная клеевая повязка
5.2 Реактивы	Отсутствуют
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4 Продукты крови	Отсутствуют
5.5 Лекарственные средства	Антисептик для промывания дренажа. 70%-ный этиловый спирт — 5 мл. Стерильный физиологический раствор 0,9%-ный — 500 мл. Стерильный гипертонический раствор. Повидон-йод. Перекись водорода 3%-ная
5.6 Прочий расходный материал	Перчатки нестерильные. Пластырь шириной 5 см. Стерильные перчатки. Салфетки стерильные. Бинт.

Продолжение таблицы 30

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5.6 Прочий расходный материал	Фартук. Маска. Полотенце. Секундомер или часы с секундомером. Шпатель. Стул (при выполнении манипуляции в положении сидя)
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм ухода за дренажом	Плевральный дренаж I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от дренажа (если пациент в сознании), и определить необходимость изменений, получить согласие на процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Подготовить необходимое оснащение и оборудование. 4) Открыть емкость с физиологическим раствором или с дистиллированной водой. 5) Развернуть систему дренирования (стерильные резиновые трубки с контрольным стеклом). II Выполнение процедуры: 1) Налить раствор антисептика в емкости для сбора содержимого плевральной полости: при использовании системы дренирования по Бюлау (объем раствора указан в назначении врача или до линии, обозначенной на емкости). 2) Надеть перчатки и присоединить свободный конец трубчатого дренажа, выходящий из плевральной полости, к системе для проведения дренирования: при смене дренажной системы перед ее 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 емкости для сбора жидкости дренажной системы). III Окончание процедуры: 1) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Придать пациенту удобное положение; кнопка вызова должна находиться в пределах досягаемости. 4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Сделать запись в медицинской документации о выполнении назначенной врачом манипуляции.
6.2 Алгоритм ухода за плевральной дренажной трубкой	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от дренажа (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений. Получить информированное согласие. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Помочь пациенту лечь на перевозочный стол. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Подготовить необходимое оснащение и оборудование. 5) Надеть перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Снять пинцетом повязку вокруг дренажа, поместить ее в емкость для отработанного материала. 2) Обработать кожу вокруг дренажа антисептиком, салфеткой на пинцете (в направлении от дренажа).

Продолжение таблицы 30

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.2 Алгоритм ухода за плевральной дренажной трубкой	3) Наложить вокруг дренажа стерильные салфетки, не менее трех слоев, зафиксировать пластырем или патентованной клеевой повязкой. 4) Каждые 1–2 ч (или как указано в назначении врача) необходимо контролировать: - работу дренажной системы; - скорость выхода пузырьков из плеврального дренажа в емкость, колебание жидкости в гидравлической емкости при дыхании, объем 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 емкости 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 емкости 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 емкость для дезинфекции. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Придать пациенту удобное положение; кнопка вызова должна находиться в пределах досягаемости. 4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.
6.3 Алгоритм ухода за дренажом и раной	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от дренажа (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений. Получить добровольное информированное согласие, в случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Помочь пациенту лечь 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 ее небольшим количеством раствора антисептика. 2) Стерильным пинцетом снять нижний слой повязки, не нарушая положение дренажа. Поместить использованный материал в емкость для дезинфекции.

Продолжение таблицы 30

<table>
<tr><th>Содержание требования, условия</th><th>Требования по реализации, алгоритм выполнения</th></tr>
<tr><td>6.3 Алгоритм ухода за дренажом и раной</td><td>3) Оценить состояние раны: наличие симптомов воспаления, характер отделяемого, его запах, соприкосновение краев раны.
4) Снять перчатки и поместить их в емкость 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 емкость для растворов.
8) Надеть стерильные перчатки.
9) Обработать края раны и кожу вокруг нее 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 накладывается шов.
10) Для удаления дренажа необходимо снять швы, расположенные возле дренажа и только затем выдвинуть его наружу или полностью извлечь с помощью зажима. Извлеченный дренаж поместить в емкость 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.
14) Зафиксировать повязку пластырем или бинтом.
III Окончание процедуры:
1) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
3) Придать пациенту удобное положение; кнопка вызова должна находиться в пределах досягаемости.
4) Уточнить у пациента его самочувствие.
5) Сделать запись в медицинской документации о результатах выполнения процедуры</td></tr>
<tr><td>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</td><td>Отсутствуют</td></tr>
<tr><td>8 Достигаемые результаты и их оценка</td><td>Самостоятельное дыхание пациента не затруднено. Частота дыхания в пределах нормы.
<table><tr><th>Частота дыхания</th><th>Оценка результатов</th></tr><tr><td>20–21</td><td>Норма</td></tr><tr><td>Менее 17</td><td>Брадипное</td></tr><tr><td>Более 22</td><td>Тахипоное</td></tr></table>
У пациента отсутствуют болевые ощущения, сохранена способность выполнять гигиенические процедуры, принимать пищу, совершать физиологические отправления.
У пациента отмечается заживание раны и восстановление функции поврежденной части тела</td></tr>
<tr><td>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</td><td>Пациента или его родителей/законных представителей (для детей до 15 лет) необходимо 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.</td></tr>
</table>

Окончание таблицы 30

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Требуется письменное подтверждение согласия пациента ли его родственников (доверенных лиц) на выполнение данной процедуры, так как данный лечебный метод является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность 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, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

34 Технология выполнения простой медицинской услуги «Оценка интенсивности боли»

Технология оценки интенсивности боли входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.014.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 31.

Таблица 31 — ТПМУМСУ «Оценка интенсивности боли»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 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», направление подготовки «Сестринское дело (бакалавр)»
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
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические. Стационарные. Транспортные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Диагностика заболеваний

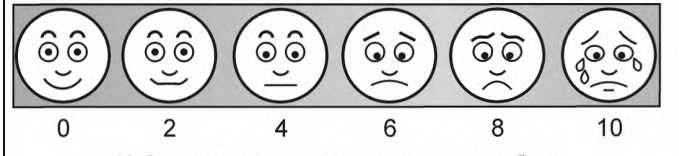
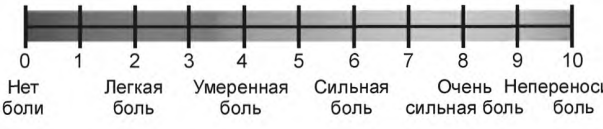
Продолжение таблицы 31

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 расходный материал	Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Визуально-аналоговая шкала оценки боли. Вопросник Мак-Гилла по определению степени выраженности болевого синдрома. Вербально-рейтинговая шкала оценки боли. Числовая шкала оценки боли. Комбинированная шкала оценки боли
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм оценки интенсивности боли	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, (если пациент в сознании). Получить добровольное информированное согласие. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Убедиться, что пациент находится в сознании. При диагностировании сознания, отличного от ясного, использовать шкалу комы Глазго (Glasgow Coma Score) для диагностики уровня угнетения сознания. 3) Убедиться в возможности речевого контакта с пациентом, учитывая тяжесть состояния, возраст, уровень сознания, нарушения речи, наличие/отсутствие языкового барьера. При невозможности речевого контакта с пациентом диагностировать и документировать невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли). 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. II Выполнение процедуры: 1) При наличии ясного сознания и возможности речевого контакта провести оценку уровня боли на диагностическом уровне: - спросить у пациента о наличии боли. а) При подтверждении пациентом наличия болевого синдрома: 1) Предложить пациенту оценить интенсивность боли по 5-балльной шкале. 2) Выяснить локализацию боли. 3) Выяснить иррадиацию боли. 4) Выяснить продолжительность боли. 5) Выяснить характер боли. 6) Полученные результаты документировать. Зоны боли описать в терминах топографической анатомии или отметить на схематическом изображении человеческого тела. б) При отрицании пациентом наличия болевого синдрома документировать в медицинской документации факт отсутствия боли в момент осмотра. в) При проведении повторного исследования уровня боли (динамический мониторинг уровня боли) провести оценку уровня боли на уровне динамической оценки. 1) Предложить пациенту отметить текущий уровень боли на 10-балльной шкале визуально-аналогового контроля. 2) Попросить пациента отметить на той же шкале уровень боли на момент предыдущего осмотра. 3) Оценить положительную/отрицательную динамику субъективной оценки болевого синдрома в абсолютных и/или относительных показателях. 4) Полученные результаты документировать. г) При проведении первичной оценки уровня боли, а также при изменении характера болевого синдрома провести оценку уровня боли на описательном уровне:

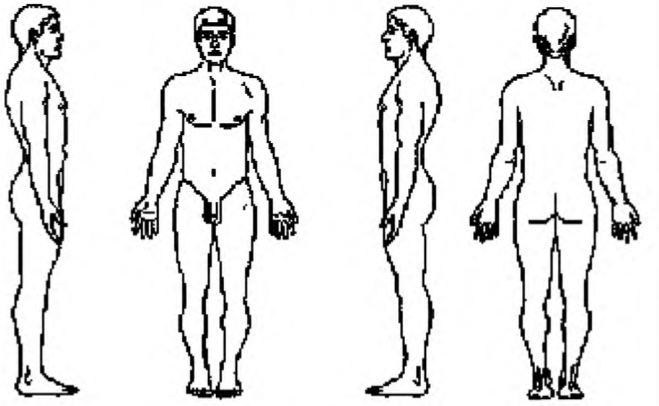
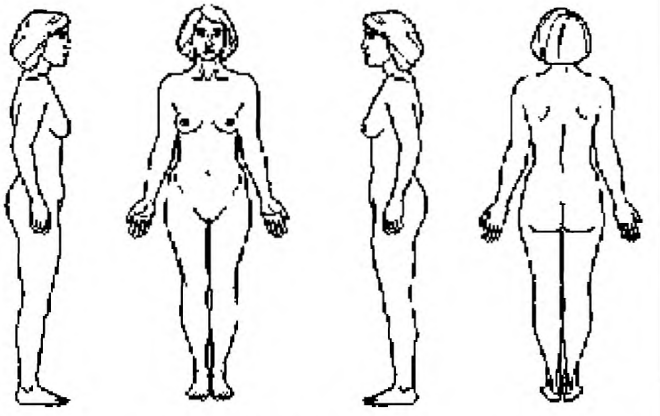
Продолжение таблицы 31

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм оценки интенсивности боли	1) Инструктировать пациента о правилах заполнения вопросника Мак-Гилла по определению степени выраженности болевого синдрома. 2) Предоставить пациенту бланк вопросника Мак-Гилла и авторучку. 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). 4) Заполнить расчетные поля бланка вопросника. 5) На основании данных заполнить поле «настоящее ощущение интенсивности боли» (НИБ). III Окончание процедуры: 1) Ознакомить пациента с полученными результатами. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации. 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 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	При проведении оценки уровня боли по шкале Мак-Гилла (McGill) необходимо попросить пациента отметить одно слово, которое наиболее точно отражает его болевые ощущения в любых (не обязательно во всех) классах оценочной шкалы. 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. К невербальным признакам боли (маркерам боли) относятся: - влажная кожа; - тахикардия и тахипноэ, не связанные с заболеванием; - слезы, 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 Достигаемые результаты и их оценка	Уровень боли пациента объективно оценен в соответствии с приведенными методиками
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация об оценке интенсивности боли, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и ходе данного исследования. Письменного

Продолжение таблицы 31

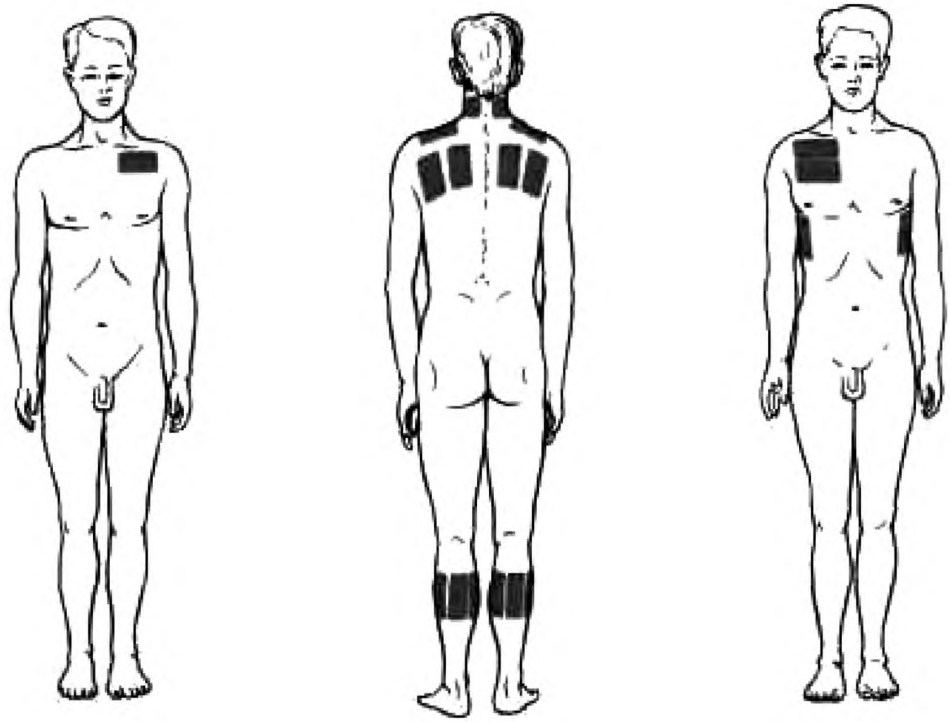
Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на оценку интенсивности боли не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным 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	Проведение контрольного измерения с целью установления соответствия полученных данных Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. 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
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача — 1,0. Коэффициент УЕТ м/с — 0
12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	1 Образец визуально-аналоговой шкалы  2 Образец визуально-аналоговой шкалы для использования в педиатрической практике  10-балльная шкала оценки интенсивности боли 

Окончание таблицы 31

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	3 Образец схематического изображения мужского тела для графического обозначения зон болевого синдрома  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) приведен в приложении В

Приложение А
(рекомендуемое)

Области наложения горчичников



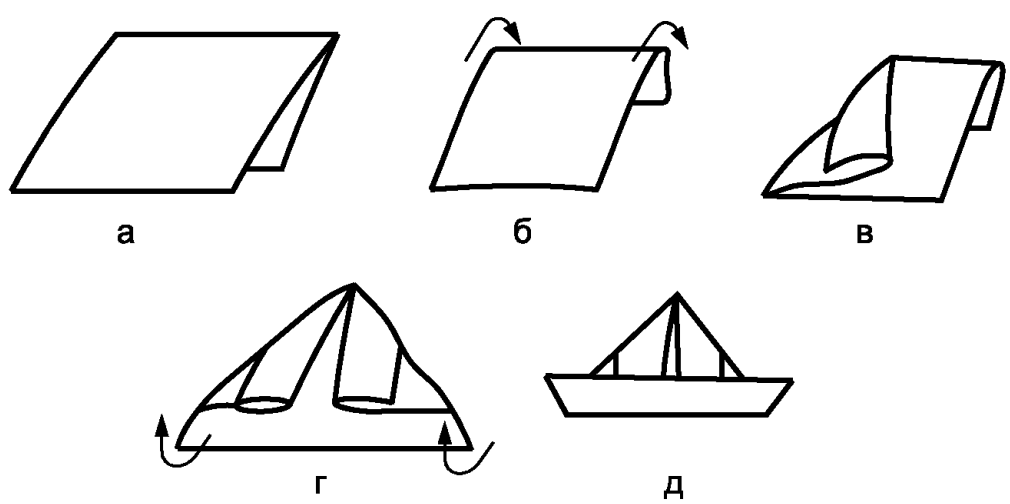
Вид:

а) слева; б) сзади; в) справа

Рисунок А.1

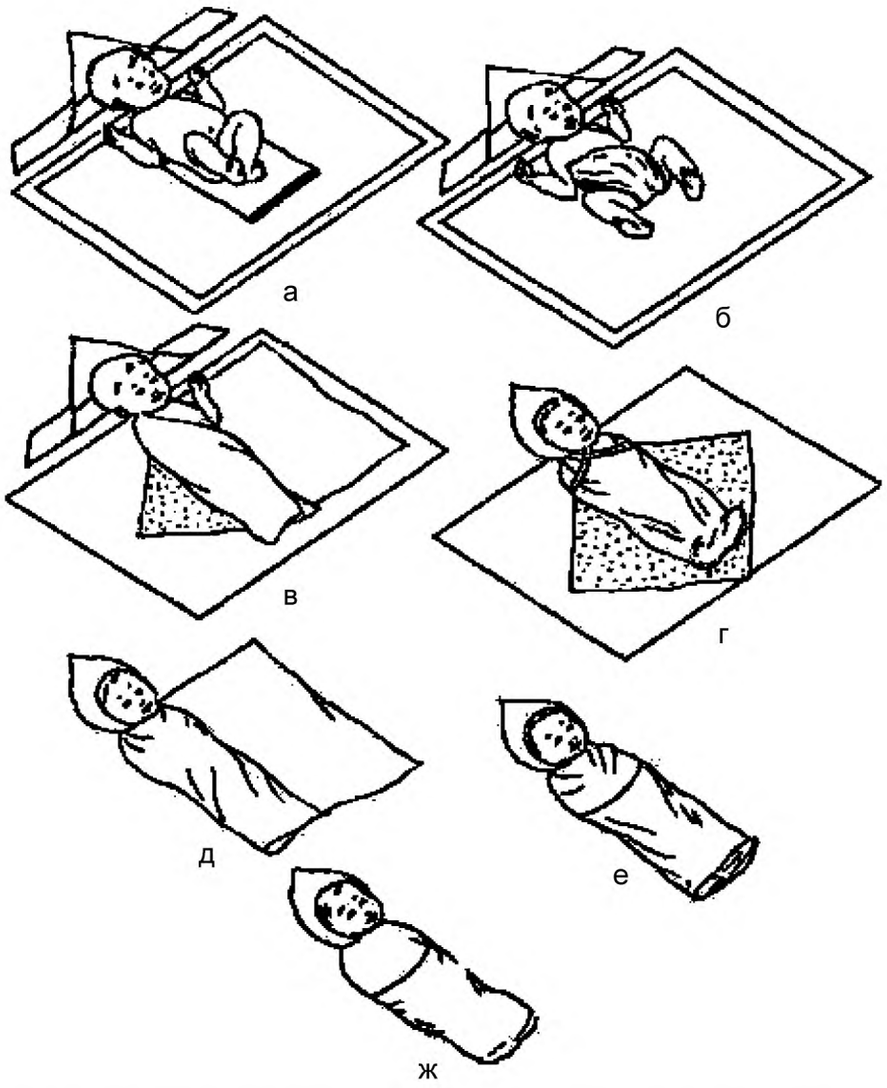
Приложение Б
(рекомендуемое)

Способы пеленания новорожденного



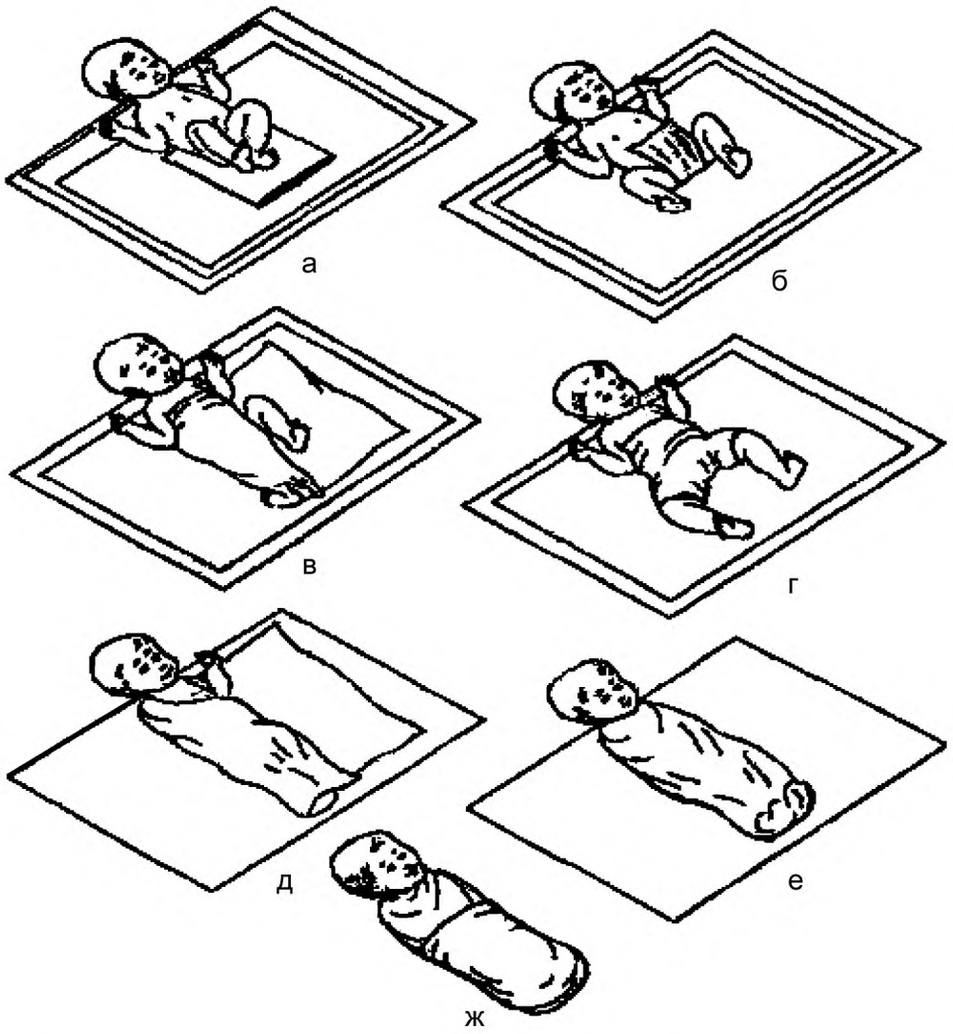
а — складывание пеленки вдвое по длине, *б* — подвертывание сложенного края пеленки,
в — сдвижение верхнего края пеленки к центру, *г* — складывание нижнего края пеленки, *д* — изготовленная шапочка

Рисунок Б.1 — Изготовление шапочки для новорожденного



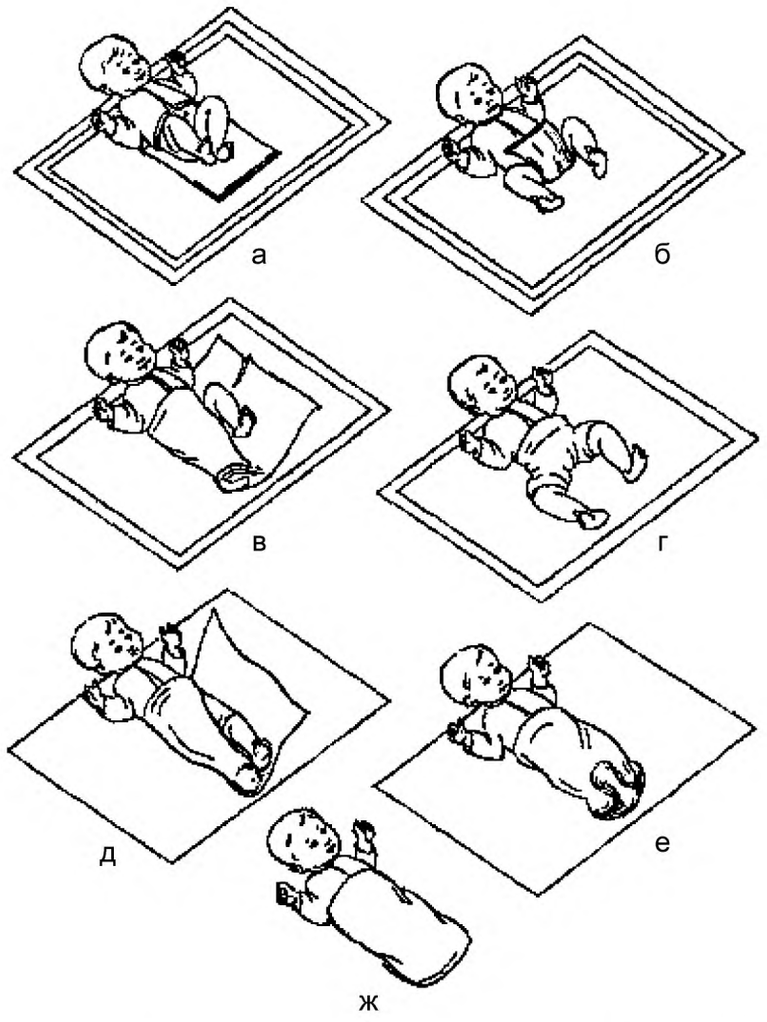
а — последовательность размещения пеленок, «шапочки», *б* — проведение подгузника между ног ребенка, *в, г* — пеленание туловища и конечностей с отделением стоп, фиксация «шапочки» (косынки), *д, е, ж* — фиксация предыдущих слоев пеленкой

Рисунок Б.2 — Пеленание в родовспомогательном учреждении



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

Рисунок Б.3 — Широкое пеленание (закрытый способ)



а — последовательность размещения пеленок и одевания ситцевой и фланелевой 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

Рисунок Б.4 — Широкое пеленание (открытый способ)

Приложение В
(рекомендуемое)

Вопросник (анкета) McGill по определению степени выраженности болевого синдрома

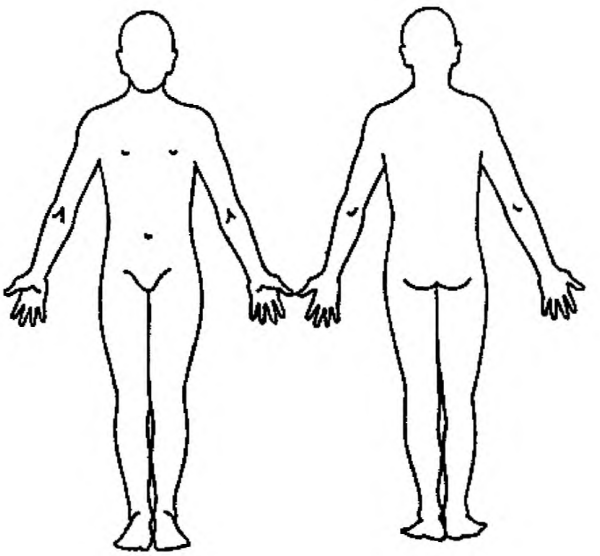
ФИО пациента _____ Дата исследования _____ Время исследования _____

РИБ С Э И Р РИБ (сумма) _____ НИБ _____

(1–10) (11–15) (16) (17–20) (1–20)

1 Схватывающая пульсирующая, дергающая, стегающая, колотящая, долбящая	11 Утомляющая, изнуряющая
	12 Тошнотворная, удушающая
2 Боль подобная электрическому разряду, сильному удару тока, выстрелу	13 Тревожащая, страшная, ужасающая
3 Колющая, впивающаяся, сверлящая, буравящая, взрывная	14 Грубая, изнурительная, злая, жестокая, убийственная
4 Острая, полосующая, разрывающая	15 Сокрушительная, ослепляющая
5 Щемящая, давящая, грызущая, стискивающая, раздавливающая	16 Раздражающая, обессиливающая, интенсивная, мучительная, непереносимая
6 Тянущая, выкручивающая, выламывающая	17 Обширная, разлитая, проникающая, пронизывающая
7 Горячая, жгучая, прижигающая, палящая	18 Угнетающая, вводящая в оцепенение, злящая, приводящая в ярость, приводящая в отчаянье

Моментальная Краткосрочная Преходящая	Ритмическая Периодическая Перемежающаяся	Длительная Неизменная Постоянная



Н — наружная боль;
В — внутренняя боль

8 Покалывающая, зудящая, разъедающая, жалящая	19 Холодящая, сковывающая, леденящая
9 Тупая, ноющая, ломящая, 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

Комментарий

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.

УДК 616 — 083:006.354 ОКС 11.160 Р 24 ОКП 94 4000

Ключевые слова: стандарты, технологии выполнения простых медицинских услуг, манипуляции сестринского ухода

Редактор *М.Ю. Сухинина*
Технический редактор *В.Н. Прусакова*
Корректор *Г.В. Яковлева*
Компьютерная верстка *Ю.В. Поповой*

Сдано в набор 09.11.2015. Подписано в печать 15.12.2015. Формат 60 ×84 1/8. Гарнитура Ариал.
Усл. печ. л. 11,63. Уч.-изд. л. 9,30. Тираж 32 экз. Зак. 4169.

Набрано в ИД «Юриспруденция», 115419, Москва, ул. Орджоникидзе, 11.
www. jurisizdat. ru gost.e-ecolog.ru

Издано и отпечатано во
ФГУП «СТАНДАРТИНФОРМ», 123995 Москва, Гранатный пер., 4
gost.e-ecolog.ru gost.e-ecolog.ru

gost.e-ecolog.ru