**ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРОХОЖДЕНИЮ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

**Раздел. Сестринский уход в педиатрии**

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

 Очно-заочная форма обучения

**Уважаемые студенты!**

Производственная практика проводится в стационаре в течение 7-ми недель (36 ч).

К производственной практике допускаются обучающиеся, имеющие действующие медицинские книжки. Перед прохождением практики на сайте колледжа необходимо взять пакет документов: дневник по производственной практике, лист учёта выполненных работ (цифровой отчет), аттестационный лист и отзыв о прохождении практики, сестринскую карту.

Целью прохождения практики являются приобретение практического опыта, формирование у студента общих и профессиональных компетенций.

Производственная практика реализуется под непосредственным контролем руководителя практики от медицинской организации и контролем методического руководителя от колледжа.

Перед тем, как приступить к практике, в лечебном учреждении необходимо пройти инструктаж по технике безопасности (по охране труда, пожарной и инфекционной безопасности).

В период прохождение практики студент должен соблюдать трудовую дисциплину, демонстрировать приобретенные умения и навыки сестринского ухода за пациентом, готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам, консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств, осуществлять фармакотерапию по назначению врача, вести утвержденную медицинскую и учебную документации, проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента.

**За время прохождения практики студент заполняет следующие документы:**

1. Дневник по производственной практике.

Дневник заполняется только в рукописном варианте на месте прохождения практики и обязательно в конце каждого дня подписывается у непосредственного руководителя практики от организации с выставлением оценки. Итоговая оценка за ведение дневника выставляется руководителя практики от колледжа на дифференцированном зачете.

В первый день практики в дневнике необходимо коротко описать структуру лечебного учреждения и отделения, в котором будет проходить практика.

Ежедневно студенту необходимо указать в дневнике:

1. время и место практики (пост, процедурный кабинет, приемное отделение)
2. объем выполненной работы (коротко): название и количество проведенных манипуляций, инвазивных вмешательств и других врачебных назначений, консультаций пациентов по подготовке к лечебно-диагностическим вмешательствам, консультаций и обучений пациентов в соответствие с врачебными назначениями, использование медицинской аппаратуры и оборудования, указать заполненные медицинские формы
3. посещение пациента, взятого на курацию, по которому заполняется сестринская карта
4. один препарат, который применяется на данном этапе практики (по схеме - название препарата, фармакологическая группа, показания к назначению, формы выпуска, особенности введения, побочные действия), препараты не должны повторяться

Образец заполнения дневника представлен в конце документа.

1. Лист учёта выполненных работ по производственной практике (цифровой отчет), в котором ежедневно отмечаются цифрами количество выполненных манипуляций. В конце производственной практики подводится итог по каждой манипуляции. Количество и вид манипуляций в листе учёта выполненных работ за каждый день должны совпадать с таковыми в дневнике. В конце практики необходимо подписать этот документ у руководителя практики от организации.
2. Сестринскую карту на одного пациента, курируемого в течение производственной практики.

В начале практики студенту необходимо взять одного вновь поступившего пациента, которого он будет наблюдать ежедневно и заполнять сестринскую карту с динамическим листом наблюдения за этим пациентом.

В конце практики студент обязательно должен взять **аттестационный лист и отзыв**, подписанные руководителем практики от медицинской организации и заверенные круглой печатью лечебного учреждения.

**Защита производственной практики проходит в три этапа:**

В последний день практики студент сдает дифференцированный зачет руководителю практики от колледжа в учебном кабинете ОГБПОУ «ТБМК» «Сестринское дело», который осуществляется в три этапа.

1. Прием заверенной отчетной документации:
* аттестационный лист
* отзыв о прохождении практики
* лист учёта выполненных работ (цифровой отчет)
* дневник по практике
1. Защита сестринской карты
2. Выполнение манипуляции по билету

По итогам сдачи дифференцированного зачета выставляется оценка в зачетную книжку.

Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Томский базовый медицинский колледж»

**ДНЕВНИК**

**производственной практики**

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

**Раздел. Сестринский уход в педиатрии**

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

Очно-заочная форма обучения

|  |
| --- |
| ФИО студента  |
| Группа |
| База практики |
| ФИО методического руководителя  |
| Оценка Подпись |
| Дата  |

20\_\_\_ г.

**ГРАФИК ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Даты прохождения практики | Количество  | Место практики  | Руководитель практики от организации (ФИО, должность) |
| начало | окончание | недель | часов |
|  |  |  |  |  |  |

**ИНСТРУКТАЖ ПО ТЕХНИКЕ БЕЗОПАСНОСТИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  | Провел  | Прослушал студент |
| Ф.И.О. | должность | подпись | Ф.И.О. | подпись |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ЗАМЕЧАНИЯ РУКОВОДИТЕЛЯ ПРАКТИКИ**

**ОТ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  | Замечания  | Подпись  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата Время  | Содержание и объём выполненных работ | ОценкаПодпись  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Образец оформления дневника по практике**

Вторая страница

**ГРАФИК ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Даты прохождения практики | Количество  | Место практики  | Руководитель практики от организации (ФИО, должность) |
| начало | окончание | недель | часов |
| *14.01.19г.* | *02.03.19г.* | *7* | *252* | *ОГАУЗ «Детская больница №1»* | *Гл. м/с ОГАУЗ «Детская больница №1»* *С.В. Адианова*  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Провел | Прослушал студент |
| Ф.И.О. | должность | подпись | Ф.И.О. | подпись |
| *14.01.19 г.* | *С.В. Адианова*  | *Гл. м/с ОГАУЗ «Детская больница №1»* | = // = | *И.И. Иванова* | = // = |

**ИНСТРУКТАЖ ПО ТЕХНИКЕ БЕЗОПАСНОСТИ**

Третья страница

**ЗАМЕЧАНИЯ РУКОВОДИТЕЛЯ ПРАКТИКИ**

**ОТ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата**  | **Замечания**  | **Подпись**  |
| *14.01.19 г.* | *Руководитель пишет свои замечания, свои рекомендации, пожелания, положительные моменты* | *= // =* |

Расчерчивается на всю страницуЧетвертая страница

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата Время**  | **Содержание и объём выполненных работ** | **Оценка****Подпись**  |
| *14.01.19г.*8.00-14.00 | Производственная практика проходит на базе ОГАУЗ «Детская больница №1», в гастроэнтерологическом отделении. ОГАУЗ «Детская больница №1» включает в себя 2 поликлинического отделения и стационар, в состав которого входит 9 специализированных отделений (педиатрическое, гастроэнтерологическое, нефрологическое, эндокринологическое, психоневрологическое, отделение патологии новорожденных, 2 отделения реанимации и интенсивной терапии, отделение паллиативной помощи детям).Структура гастроэнтерологического отделения: пост медицинской сестры, процедурный кабинет, 9 палат (30 коек), игровая комната, кабинет старшей медицинской сестры, сестринская, кабинет заведующего отделением, ординаторская, подсобные помещения………….…. *(описывается структура отделения)* ***(описываются только в первый день производственной практики)*****Работа на посту:** 1.Выполняла манипуляции: - измерение АД - 5- подсчет пульса - 5- измерение температуры тела – 7..…........ *(указать какие манипуляции выполнялись и их количество*)2. Осуществляла подготовку пациентов к лабораторным и инструментальным методам исследования: - дуоденальное зондирование (объясняла как правильно подготовиться к исследованию) – 1- УЗИ органов брюшной полости (объясняла как правильно подготовиться к исследованию) – 2- анализ кала на я/г (объясняла как правильно собрать кал) – 3 …………..……..*(указать к каким методам исследований проводилась подготовка, суть подготовки и количество).* 3.Заполняла медицинскую документацию: - Ф № 004/у – 5………*…. (перечислить заполненные медицинские формы и их количество).* 4. Взяла на курацию вновь поступившего пациента (врачебный диагноз: Хр. холецистит), провела сестринскую оценку состояния пациента, выявила проблемы пациента, сделала запись в сестринской карте – 1*…………………......(ежедневно описать, какие виды работ выполнялись)*5. Консультировала пациента по правильному применению препарата, назначенного врачом -1.***Дюспаталин (мебеверина гидрохлорид)*** – спазмолитическое средство. Показания — симптоматическое лечение боли, спазмов, дисфункции и дискомфорта в области кишечника, связанных с синдромом раздраженного кишечника; симптоматическое лечение спазмов органов желудочно-кишечного тракта.Формы выпуска – капсулы 200 мгПрепарат назначают внутрь, капсулы необходимо проглатывать , запивая достаточным количеством воды (не менее 100 мл), не разжевывая, по 1 капсуле 2 раз в день, за 20 мин до еды. Побочные действия – крапивница, ангионевротический отек, анафилактические реакции.*(описать одно лекарственное средство по схеме)* |  |
| *17.01.19г*8.00-14.00 | **Работа в приемном отделении:** Структура приемного отделения: зал ожидания, регистратура, смотровые кабинеты …………….... *(описывается структура приемного отделения)* 1.Выполняла манипуляции: - проведение внутримышечной инъекции – 3- забор крови из вены на биохимический анализ - 2- измерение АД - 8- подсчет пульса - 8- подсчет ЧДД - 5- измерение температуры тела - 11- проведение антропометрии (измерение роста и веса) – 3- определение уровня глюкозы в крови с помощью глюкометра – 1 ………….…... *(указать какие манипуляции выполнялись и их количество*)2.Заполняла медицинскую документацию: - Ф № 001/у – 4………*…. (перечислить заполненные медицинские формы и их количество).* 3. Посетила своего курируемого пациента в гастроэнтерологическом отделении: провела осмотр, подсчёт пульса и измерение температуры, объяснила как правильно подготовиться к УЗИ органов брюшной полости, заполнила динамический лист наблюдения в сестринской карте – 1.***Кларитин (лоратадин)*** – противоаллергический препарат, блокатор гистаминовых Н1-рецепторов. Показания — сезонный и круглогодичный аллергические ринит, конъюнктивит; хр. идиопатическая крапивница; кожные заболевания аллергического происхождения.Формы выпуска - таблетки 10 мг, сироп 60 мл Препарат назначают внутрь, независимо от приема пищи по 10 мл (2 мерные ложки) 1 раз в день. Побочные дейтвия - головная боль, сонливость, бессонница, повышение аппетита, головокружение, сухость во рту, тошнота, сыпь, анафилаксия.*(описать одно лекарственное средство по схеме)* |  |
| *18.01.19г*8.00-14.00 | **Работа процедурном кабинете:** Оснащение процедурного кабинета включает в себя шкаф для инструментов и медикаментов, шкаф с набором средств для оказания неотложной медицинской помощи (противошоковый набор), рабочий стол для подготовки инъекций ………………. *(описывается оснащение процедурного кабинета).* ***(описываются только в первый день работы в процедурном кабинете)***1.Выполняла манипуляции: - забор крови из вены на биохимический анализ - 7*-* постановка внутримышечной инъекции - 15- измерение АД – 1…..…... *(указать какие манипуляции выполнялись и их количество*)2.Заполняла медицинскую документацию: - журнал учета взятия крови на биохимический анализ – 2*…………………………….. (перечислить заполненные медицинские формы и их количество).* 3. Посетила своего курируемого пациента: провела осмотр, подсчет пульса и измерение АД, температуры, заполнила динамический лист наблюдения в сестринской карте – 1.***Хилак форте***  – противодиарейное средство. Форма выпуска – капли для приема внутрь 30 мл, 100 млПоказания — нарушения физиологической флоры тонкого и толстого кишечника (во время и после лечения антибиотиками); диспепсия; диарея, метеоризм, запоры; гастроэнтерит, колит; энтерогенные заболевания желчного пузыря и печени; аллергические кожные заболевания.Препарат назначают внутрь, до или во время приема пищи, разбавляя небольшим количеством жидкости (исключая молоко) 3 раза в день: детям – по 20-40 капель на прием, младенцам – по 15-30 капель на прием. После улучшения состояния суточная доза может быть уменьшена наполовину.Побочные действия – возможны аллергические реакции (кожная сыпь, зуд, крапивница); запор, диарея. *(описать одно лекарственное средство по схеме)* |  |

Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Томский базовый медицинский колледж»

**ЛИСТ УЧЁТА ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

**Раздел. Сестринский уход в педиатрии (стационар)**

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

Очно-заочная форма обучения

Ф.И.О. студента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ группа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ курс \_\_\_\_\_\_\_\_ учебный год 20\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Перечень медицинских услуг** | **Дата и место практики (приемное отд., процедурный кабинет, пост) / кол-во манипуляций** | **Всего** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Консультирование и обучение пациента и его окружения в соответствие со своей профессиональной компетенцией, полномочиями и врачебными назначениями**

**(пост)** |
| определение частоты дыхательных движений |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| исследование пульса |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| измерение артериального давления |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| измерение длины и массы тела |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| контрольное взвешивание |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| физическое охлаждение с помощью воды |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| обработка полости рта при стоматитах |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ингаляция из дозированного аэрозольного ингалятора |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| проведение термометрии  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| клизмы очистительные |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| введение газоотводной трубки  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| закапыв. капель в глаза, нос и уши |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| обработка пупочной ранки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Перечень медицинских услуг** | **Дата и место практики (приемное отд., процедурный кабинет, пост) / кол-во манипуляций** | **Всего** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| подготовка пациентов к лабораторным и инструментальным методам исследования (перечень) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| применение свечей  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| применение грелки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| введение препаратов в ингаляционной форме (небулайзер)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| создание дренажного положения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| измерение уровня глюкозы в крови с помощью глюкометра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| консультирование пациента и его окружение по применению лекарственных средств |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Выявление приоритетных проблем пациента и оценка состояния пациента (в т.ч. в динамике) для осуществления сестринского ухода (приемное отделение, пост)**
 |
| определение частоты дыхательных движений |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| исследование пульса |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| измерение артериального давления |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| измерение длины и массы тела |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| контрольное взвешивание |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| измерение окружности головы и грудной клетки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| определение размеров большого родничка |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| проведение термометрии  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| измерение уровня глюкозы в крови с помощью глюкометра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка физического развития по центильным таблицам и по долженствующим прибавкам |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Перечень медицинских услуг** | **Дата и место практики (приемное отд., процедурный кабинет, пост) / кол-во манипуляций** | **Всего** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка нервно-психического развития |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка соответствия количества зубов возрасту ребенка (по зубной формуле) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка сознания |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка сна |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка речи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка необходимости использования резервов (очки, линзы, слуховой аппарат) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| определение наличия и характера боли |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка положения в постели |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка деформаций скелета, походки и способности к передвижению и переодеванию |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка состояния суставов |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка состояния кожного покрова  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка состояния коньюнктивы и слизистой полости рта |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| выявление явных отёков |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка характера дыхания, наличия одышки, кашля, мокроты |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка аппетита, возможности приема пищи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка дефекации и мочеиспускания |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Перечень медицинских услуг** | **Дата и место практики (приемное отд., процедурный кабинет, пост) / кол-во манипуляций** | **Всего** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Выполнение инвазивных вмешательств и других врачебных назначений (приемное отделение, процедурный кабинет, пост)**
 |
| определение частоты дыхательных движений |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| исследование пульса |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| измерение артериального давления |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| измерение длины и массы тела |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| контрольное взвешивание |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| измерение окружности головы и грудной клетки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| опр. размеров большого родничка |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка физического развития по центильным таблицам и по долженствующим прибавкам |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка нервно-психич. развития |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка соответствия кол-ва зубов возрасту реб. (по зубной формуле) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| применение пузыря со льдом |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| физическое охлаждение с помощью воды |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| обработка полости рта при стоматитах |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ингаляция из дозированного аэрозольного ингалятора |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| раздача лекарственных препаратов  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| проведение термометрии  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| парентеральное введение лекарственных препаратов: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| внутривенная инъекция; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| подкожная инъекция; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| внутримышечная инъекция;  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| внутривенное капельное введение |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| забор крови из вены на исследование |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Перечень медицинских услуг** | **Дата и место практики (приемное отд., процедурный кабинет, пост) / кол-во манипуляций** | **Всего** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| разведение и введ. антибиотиков  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| промывание желудка |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| клизмы очистительные, лечебные  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| введение газоотводной трубки  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| закапывание капель в глаза, нос и уши |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| обработка пупочной ранки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| кормление ребенка через зонд |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| применение свечей |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| введение препаратов в ингаляционной форме (небулайзер)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| создание дренажного положения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оксигенотерапия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| измерение уровня глюкозы в крови с помощью глюкометра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| применение грелки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| выдача лекарственных средств для приема внутрь |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| наложение компресса на коленный сустав |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| уход за назогастральным зондом |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| уход за сосудистым катетером |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| забор материала из зева и носа  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| взятие соскоба с перианальных складок на энтеробиоз |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| сбор мочи на общий анализ у детей грудного возраста |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| участие в дуоденальном, желудочном зондировании |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| взятие кала на копрологическое исследование, на яйца глистов |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| сбор мочи на исследование (ОАМ, по Нечипоренко, по Зимницкому) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Перечень медицинских услуг** | **Дата и место практики (приемное отд., процедурный кабинет, пост) / кол-во манипуляций** | **Всего** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Выполнение манипуляций сестринского ухода**

**(пост)** |
| смена нательного белья  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| уход за полостью рта больного |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| уход за волосами, ногтями тяжелобольного  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| пособие при дефекации тяжелого больного |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| пособие при мочеиспускании тяжелого больного |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| перемещение и размещение тяжелобольного в постели  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| транспортировка тяжелобольного внутри учреждения  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| приготовление и смена постельного белья тяжелобольному  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.Ведение медицинской документации** **(приемное отделение, процедурный кабинет, пост)** |
| ведение учетной медицинской документации и документации кабинетов и подразделений ЛПО (перечислить формы и названия) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Перечень медицинских услуг** | **Дата и место практики (приемное отд., процедурный кабинет, пост) / кол-во манипуляций** | **Всего** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.Использование медицинской аппаратуры и оборудования** **(приемное отделение, процедурный кабинет, пост)** |
| Использование медицинскойаппаратуры и оборудования: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| тонометр |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| небулайзер |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| пикфлуометр |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| глюкометр |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| электрокардиограф |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| весы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ростомер |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| термометр  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| пульсоксиметр |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ф.И.О. и подпись руководителя практики от организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. и подпись руководителя практики от колледжа руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

*Образец оформления листа учета*

Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Томский базовый медицинский колледж»

**ЛИСТ УЧЁТА ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

**Раздел. Сестринский уход в педиатрии (стационар)**

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

Очно-заочная форма обучения

Ф.И.О. студента \_\_\_\_\_\_*Иванов И.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* группа *\_\_\_671/1*\_\_\_\_\_\_\_\_ курс \_\_\_\_*2\_*\_\_\_ учебный год 20*19* г.\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Перечень медицинских услуг** | **Дата и место практики (пост, приемное отд., процедурный каб.) / кол-во манипуляций** | **Всего** |
| *14.01.* | *15.01* | *16.01* | *17.01* | *18.01* | *19.01* | *22.01* | *23.01* | *24.01* | *25.01* | *26.01* |
| *пост* | *пост* | *пост* | *приемн отд* | *процед**каб* | *процед каб* | *процедкаб* | *пост* | *процед каб* | *пост* | *процед каб* |
| **1. Консультирование и обучение пациента и его окружения в соответствие со своей профессиональной компетенцией, полномочиями и врачебными назначениями****(ПОСТ)** |
| применение карманного ингалятора  | *1* | *2* | *2* |  |  |  |  | *2* |  | *1* |  | ***8*** |
| применение свечей  | *2* | *1* | *3* |  |  |  |  | *2* |  | *3* |  | ***11*** |
| введение препаратов в ингаляционной форме (небулайзер)  | *3* | *5* | *4* |  |  |  |  | *4* |  | *5* |  | ***21*** |
| создание дренажного положения | *2* | *3* | *1* |  |  |  |  | *3* |  | *1* |  | ***10*** |
| исследование пульса  | *3* | *2* | *4* |  |  |  |  | *4* |  | *4* |  | ***17*** |
| подсчет ЧДД  | *5* | *7* | *3* |  |  |  |  | *3* |  | *3* |  | ***21*** |
| измерение АД | *7* | *3* | *6* |  |  |  |  | *1* |  | *7* |  | ***24*** |

Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Томский базовый медицинский колледж»

**АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ**

**по итогам прохождения производственной практики**

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

**Раздел. Сестринский уход в педиатрии (стационар)**

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

Очно-заочная форма обучения

ФИО студента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место проведения практики, наименование, юридический адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сроки проведения практики с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В ходе производственной практики **выполнены следующие виды работ** (направленные на формирование профессиональных компетенций (ПК)):

1. Консультирование и обучение пациента и его окружения в соответствие со своей профессиональной компетенцией, полномочиями и врачебными назначениями (ПК 2.1, 2.4)

2. Выявление приоритетных проблем пациента и оценка состояния пациента (в т.ч. в динамике) для осуществления сестринского ухода (ПК 2.1- 2.2, 2.5)

3.Выполнение инвазивных вмешательств и других врачебных назначений (ПК 2.1-2.2, 2.4-2.5)

4.Выполнение манипуляций сестринского ухода (ПК 2.1-2.2, 2.4-2.5, 2.8)

5.Ведение медицинской документации (ПК 2.3, 2.6)

6.Использование медицинской аппаратуры и оборудования (ПК 2.1-2.5.)

**Профессиональные компетенции, осваиваемые в ходе практики:**

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 2.3. Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования *освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 2.5. Соблюдать правила пользования аппаратурой, оборудованием и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

*Уровень освоения ПК подчеркнуть*

Руководитель практики от организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, Ф.И.О., подпись)

Руководитель практики от колледжа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., подпись)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Томский базовый медицинский колледж»

**Отзыв**

**о прохождении производственной** **практики**

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

**Раздел. Сестринский уход в педиатрии (стационар)**

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

Очно-заочная форма обучения

|  |
| --- |
| ФИО студента |
| Группа |
| Место проведения практики, наименование, юридический адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сроки проведения практики с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**За период прохождения производственной практики студент:** |
| продемонстрировал / не продемонстрировал приобретенные знания и умения, приобрел / не приобрел практический опыт осуществления ухода за пациентами при различных заболеваниях и состояниях. *(подчеркнуть)* |
| **Общие компетенции, формирующиеся в ходе производственной практики:**ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес (сформированы / не сформированы)ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество (сформированы / не сформированы)ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность (сформированы / не сформированы)ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития (сформированы / не сформированы)ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности (сформированы / не сформированы)ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями (сформированы / не сформированы)ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий (сформированы / не сформированы) ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации (сформированы / не сформированы)ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности (сформированы / не сформированы)ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия (сформированы / не сформированы)ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку (сформированы / не сформированы)ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности (сформированы / не сформированы)ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей (сформированы / не сформированы)*(подчеркнуть)***Профессиональные и общие компетенции сформированы / не сформированы****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Цели и задачи практики - «достигнуты», «достигнуты не в полном объёме»  |
|  *(подчеркнуть)* |

Рекомендуемая оценка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель практики от организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, Ф.И.О., подпись)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Томский базовый медицинский колледж»

**КАРТА СЕСТРИНСКОГО УХОДА**

**(стационар)**

 ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

**Раздел. Сестринский уход в педиатрии**

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

Очно-заочная форма обучения

|  |
| --- |
| ФИО студента  |
| Группа |
| База практики |
| ФИО методического руководителя  |
| Оценка |
| Дата Подпись |

20\_\_\_\_ г.

|  |
| --- |
| Пациент Возраст пациента Пол |
| Отделение |
| Дата поступления в отделение Дата начала курации |
| Диагноз врачебный |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Аллергологический анамнез (отметить наличие необычных реакций на лекарства, а также на пищевые продукты, животных, растений, как проявляется) |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Наличие карантина в учреждении, посещаемым ребенком  |
|  |
| Инфекционные заболевания в анамнезе, в семье (туберкулез, гепатиты, ВИЧ) |
|  |
| Характер вскармливания (грудное, смешанное, искусственное – до 6 мес) |
|  |
|  |
| Жалобы на момент курации |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Оценка состояния пациента**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Антропометрия  | Показатель | Фактические | Долженствующие (указать интервал 25-75 Ц по центильной таблице, детям до 1 года – дополнительно рассчитать по долженствующим прибавкам, расчет написать) |
| значение | коридор/центиль |
| рост |  |  |  |  |
| масса тела |  |  |  |  |
| окружностьголовы |  |  |  |  |
| окружность груди |  |  |  |  |
| Оценка физического развития  | Заключение:  |
| Нервно-психическое развитие (до 3 лет) | Основные параметры развития:Аз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ас\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Э\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ До\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Др\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Рп\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ра\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Заключение: группа НПР – I, II, III, IV (подчеркнуть) |
| Состояние пациента | требует постоянного наблюдения: по возрасту (нет / да) / по состоянию здоровья (нет / да) (подчеркнуть) |
| Температура |  |
| Сознание | ясное / спутанное / отсутствует (подчеркнуть) |
| Психологический статус пациента | адекватность общения: с персоналом (нет / да) / с детьми (доброжелательный / агрессивный / замкнутый) (подчеркнуть) |
| Сон  | нормальный / беспокойный / сонливость (подчеркнуть) |
| Речь  | соответствует возрасту / не соответствует возрастуобычная / нарушенная / отсутствует (подчеркнуть)  |
| Наличие боли | нет / да (указать где) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Положение в постели | активное / пассивное / вынужденное (подчеркнуть) |
| Деформация скелета | искривление позвоночника: нет / да (уточнить) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_другие костные деформации: нет / да (уточнить) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подчеркнуть) |
| Наличие зубов | количество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (молочные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, постоянные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)соответствует возрасту / не соответствует возрасту (определить по формуле, написать расчет, подчеркнуть) |
| Суставы  | деформация: нет / да (уточнить)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ объем движений: полный / ограничен (где)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подчеркнуть) |
| Передвижение | самостоятельное / невозможно по возрасту / затруднено с помощью вспомогательных средств: трости, других лиц, костылей, кресла-каталки (подчеркнуть)  |
| Переодевание  | самостоятельное / не самостоятельное (подчеркнуть) |
| Выполнение гигиенических процедур | самостоятельное / не самостоятельное (подчеркнуть) |
| Оценка состояния кожных покровов | гигиеническое состояние кожи и складок: удовлетворительное / неудовлетворительное (подчеркнуть)гигиеническое состояние промежности: удовлетворительное / неудовлетворительное (подчеркнуть)гигиеническое состояние волос и ногтей: удовлетворительное / неудовлетворительное (подчеркнуть)цвет кожи: физиологической окраски / бледность / желтушность / цианоз / акроцианоз / гиперемия (подчеркнуть)наличие высыпаний на коже: нет / да (локализация, характеристика)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кожный зуд: нет / да (подчеркнуть)­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_наличие опрелостей: нет / да (локализация)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подчеркнуть) |
| Отеки | нет / есть (указать локализацию)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_степень выраженности: пастозность / выраженные (подчеркнуть) |
| Оценка конъюнктивы  | цвет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделяемое: нет / есть (характер) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подчеркнуть)  |
| Оценка состояния полости рта  | видимые слизистые: цвет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дефекты, высыпания (при наличии - указать какие и где)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_язык: цвет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , сухой/влажный, чистый / налёт (охарактеризовать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_миндалины: увеличены / не увеличены, наличие налета: нет / есть (охарактеризовать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подчеркнуть) |
| Использование резервов | очки: нет / да (подчеркнуть), линзы: нет / да (подчеркнуть), слуховой аппарат: нет / да (подчеркнуть) |
| Характер дыхания | нормальное / нарушенное носовое дыхание (затруднено / свободное) (подчеркнуть)  |
| Одышка  | нет / да (подчеркнуть) ЧДД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/мин |
| Кашель | отсутствует / сухой / влажный (подчеркнуть) |
| Мокрота  | нет / легко отделяется / с трудом отделяется (подчеркнуть) |
| Характеристики пульса | частота пульса в минуту\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ритм\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_синхронность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ наполнение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_напряжение |
| Артериальное давление | левая рука \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_мм рт. ст. ; правая рука\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_мм рт. ст. |
| Аппетит  | сохранен / снижен / отсутствует (подчеркнуть) |
| Прием пищи  | несамостоятельный: с помощью ложки / из поильника / назогастральный зондсамостоятельный: в столовой / в палате / в постели (подчеркнуть) |
| Дефекация  | задержка стула \_\_\_\_\_\_\_\_\_дней / недержание стуластул оформленный / не оформленный; кратность стула \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подчеркнуть) |
| Мочеиспускание | самостоятельное / затруднённое; недержание / энурез (подчеркнуть) |
| Наличие венозного катетера  | нет / да (периферического, центрального) (подчеркнуть) |
| Наличие стомы | нет / да (гастростома, цистома, колостома) (подчеркнуть) |
| Наличие зондов | нет / да (назогастральный, желудочный) (подчеркнуть) |

**Назначения врача *(из листа назначения)***

|  |
| --- |
| 1. Режим |
| 2. Диета |
| 3. Обследование: |
| Вид исследования | Подготовка |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Лист для прикрепления выписанных бланков, направлений, заявок и пр.**

**Фармакологический лист (медикаментозная терапия)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Препарат *(из листа назначений)* | Фармакологическая группа, показания | Доза и путь введения *(из листа назначений)* | Особенности введения | Побочные действия |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Немедикаментозная терапия *(из листа назначений)*** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Нарушенные потребности пациента** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Проблемы пациента**Приоритетные проблемы |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Потенциальные проблемы |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**План сестринского ухода**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Проблемы пациента | Мероприятия сестринского ухода | Оценка эффективности мероприятий | Причина не полного решения проблемы | Предложения по дальнейшему решению |
| Зависимые | Независимые |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Проблемы пациента | Мероприятия сестринского ухода | Оценка эффективности мероприятий | Причина не полного решения проблемы | Предложения по дальнейшему решению |
| Зависимые | Независимые |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ЛИСТ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ**

|  |  |
| --- | --- |
| Проблемы пациента | День наблюдения |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ**

 Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| День пребывания в стационаре |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| День наблюдения | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| П | АД | Т град. | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в |
| 140 | 200 | 41 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 120 | 175 | 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100 | 150 | 39 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 90 | 125 | 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 | 100 | 37 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 | 75 | 36 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 | 50 | 35 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дыхание |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Вес |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Выпито жидкости |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Суточное количество мочи  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Стул |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ванна  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Рекомендации медсестры к выписке больного**

Примечание: консультация по назначенной диете, режиму дня, двигательной активности, закаливанию, профилактике и борьбе с вредными привычками, обучение родителей/ребенка правильному использованию медицинского оборудования (пикфлуометр, глюкометр, тонометр, небулайзер и пр.)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |