

**ПРИЁМ
ПАЦИЕНТА
В
СТАЦИОНАР**

ПРИЁМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ - одно из важнейших лечебно - диагностических отделений больницы. Основной поток пациентов поступает через приёмное отделение. Больные, требующие неотложной помощи по жизненным показаниям, доставляются в реанимационное отделение минуя приёмное.

Госпитализируют пациентов :

Планово - на основании документов лечащего врача поликлиники

Экстренно - по линии скорой помощи

Самостоятельно - при острой клинической ситуации

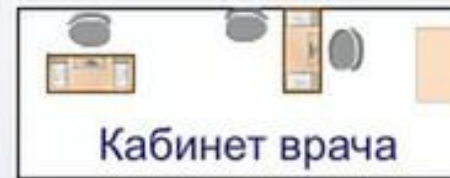
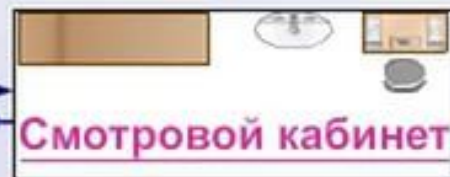
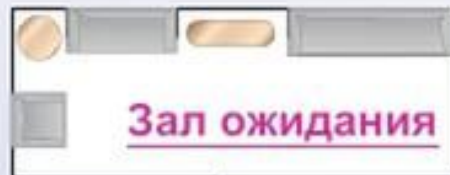


Приёмное отделение включает:

- 1) Зал ожидания - для пациентов и их сопровождающих
- 2) Регистратуру - регистрация пациентов, оформление документации
- 3) Смотровые кабинеты - осмотр пациентов дежурным врачом
- 4) Процедурный кабинет, перевязочная, малая операционная - для оказания неотложной помощи
- 5) Санпропускник - для санитарной обработки пациентов
- 6) Изолятор с отдельным санузлом - для пациентов с неясным диагнозом
- 7) Санузел



ПРИЁМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ



Основные функции приёмного отделения

- Приём и регистрация всех обратившихся.
- Осмотр, первичное обследование.
- Оформление документации на госпитализируемых пациентов.
- Санитарная обработка госпитализируемых пациентов.
- Оказание квалифицированной медицинской помощи.
- Транспортировка пациентов в лечебные

ОБЯЗАННОСТИ МЕДСЕСТРЫ ПРИЁМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

- 1) Оформление медицинской документации
- 2) Оказание неотложной доврачебной помощи
- 3) Выполнение врачебных назначений
- 4) Приглашение по необходимости врачей - консультантов
- 5) Проведение санитарной обработки пациента
- 6) Термометрия
- 7) Определение показателей физического состояния (пульс, АД, ЧДД, антропометрических данных)
- 8) Осмотр и при необходимости проведение противопедикулёзных мероприятий
- 9) Информирование центров санэпиднадзора о выявлении инфекционного или педикулёзного пациента
- 10) Поддержание и соблюдение санитарно - противоэпидемических мероприятий в различных подразделениях приёмного отделения
- 11) Транспортировка пациентов в лечебное отделение

ДОКУМЕНТАЦИЯ ПРИЁМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

- 1) Медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у)
- 2) Статистическая карта выбывшего из стационара (форма № 066/у)
- 3) Журнал учёта приема больных и отказов в госпитализации (форма № 001/У)
- 4) Экстренное извещение об инфекционном заболевании (форма № 001/ у)



ОСМОТР БОЛЬНОГО

Методика общего осмотра пациента включает:

- оценку положения, сознания, кожного покрова, питания, телосложения (конституции)
- исследование и оценку основных витальных функций: сердцебиения, пульса, артериального давления и дыхания.

ЦЕЛЬ общего осмотра - получить информацию о состоянии пациента

Условия проведения осмотра:

- отдельное помещение (смотровая): тихое, тёплое, без сквозняков, хорошее освещение.
- конфиденциальность осмотра
- соблюдение принципов деонтологии

ОЦЕНКА ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

Положение пациента бывает активное, пассивное и вынужденное.

Активное положение наблюдается при сохранённой способности самостоятельно передвигаться, свободно принимать любую позу

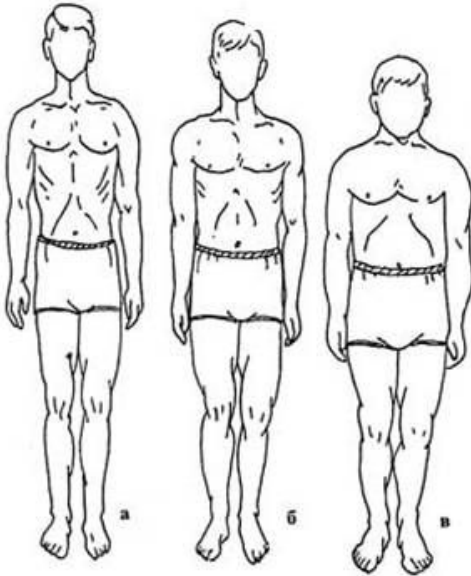
Пассивное положение наблюдается, когда больной не может самостоятельно поменять своё положение и почти не способен совершать какие-либо движения

Вынужденное положение - в этом случае больной способен двигаться, но для облегчения состояния (болей, одышки, кашля) принимает определённую позу.

ОЦЕНКА ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ

Телосложение - соотношение роста и поперечных размеров тела; симметричность и пропорциональность отдельных его частей и тип конституции. Правильное телосложение - окружность грудной клетки - $\frac{1}{2}$ от роста; обе половины тела симметричны; тело пропорционально; аномалии, физические недостатки отсутствуют

Типы телосложения



Выделяют три наиболее общих типа телосложения, имеющих разные названия в авторских типологиях:

- а) *Долихоморфный* (экторморф, астеник);
- б) *Мезоморфный* (мезоморф, нормостеник);
- в) *Брахиморфный* (эндоморф, гиперстеник).



**ТИП ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ
МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ
ИЗМЕРИВ ОКРУЖНОСТЬ
ЗАПЯСТЬЯ**

Тип телосложения	Окружность запястья	
	женщины	мужчины
Астеники	< 16 см	< 18 см
Нормостеники	16–17 см	18–20 см
Гиперстеники	> 17 см	> 20 см

Длина тела, см	Масса тела (в нижнем белье), кг		
	астеники	нормостеники	гиперстеники
Мужчины			
155	51-55	54-59	57-64
160	54-57	56-62	60-67
165	56-60	60-65	63-71
170	60-64	63-69	67-76
175	64-68	66-73	70-79
180	67-72	73-80	75-84
185	71-76	76-84	79-88
190	76-80	78-86	83-93
195	80-84	82-90	86-96
Женщины			
145	43-47	45-50	48-55
150	45-49	47-53	51-58
155	48-52	50-56	54-61
160	51-54	53-59	57-65
165	53-58	56-63	61-68
170	57-62	60-67	64-72
175	61-66	64-71	68-77
180	65-70	68-75	72-82

ИЗМЕРЕНИЕ РОСТА

Последовательность действий:

1. Вымыть и осушить руки
2. Застелить клеёнкой площадку ростомера
3. Предложить пациенту стать на площадку так, чтобы он касался стойки ростомера пятками, ягодицами и межлопаточным пространством.
4. Наклонить голову пациента так, чтобы верхний край наружного слухового прохода и нижний край глазницы расположились в одной плоскости параллельно полу.
5. Совместить планку ростомера с головой пациента.
6. Зафиксировать цифру роста по нижнему краю планки.
7. Записать результаты.



ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА

Последовательность действий

1. Отрегулировать весы
2. Поставить пациента на клеёнку площадки весов
3. Записать данные

Рекомендации для медсестры:

Взвешивание проводить натощак, в одной и той же одежде, без обуви, после опорожнения мочевого пузыря и кишечника



ОСМОТР КОЖНЫХ ПОКРОВОВ

В первую очередь обращают внимание на цвет. Он зависит от толщины кожи, её прозрачности, состояния кровеносных сосудов и насыщения крови кислородом.

Бледность - при анемиях, спазме периферических сосудов, при сердечно-сосудистой недостаточности.

Покраснение - (гиперемия) - перегрев, лихорадка, повышение артериального давления.

Пожелтение - (иктеричность) - гепатиты, гемолиз, обструкция желчных путей

Синюшность - (цианоз) - тканевая гипоксия, отравление анилином, нитратами.

При различных заболеваниях встречаются и другие изменения: наличие сыпных элементов - пятен, папул, везикул и пр., наличие шелушения, травм, расчёсов.

Тургор - (эластичность кожи) в норме кожа легко собирается в складку и легко расправляется. Изменения могут возникнуть при обезвоживании, истощении.

Избыточная влажность кожи наблюдается при лихорадке, эндокринных нарушениях. Сухость кожи бывает при обезвоживании, при нарушении обмена веществ.

Наличие отёков наблюдается при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и почек

Отеки на нижних конечностях и способ их выявления



Сердечные отеки локализуются на стопах, лодыжках, голенях, отеки симметричные, ноги холодные. Метод выявления – пальпация конечности в области кости.



Диурез - процесс образования и выделения мочи.

Водный баланс - соотношение количества потребленной и выделенной за сутки жидкости.

Человек за сутки потребляет 1,5 -2,0 литра жидкости и выделяет через мочевыделительную систему 70-80% . Если в течении суток человек выделяет жидкости меньше нормы, то значит диурез отрицательный, часть жидкости задерживается в организме.

Расстройство мочеиспускания называют *дизурией*

Определение суточного диуреза

Собирать мочу в течении 24 часов с 6 часов утра до 6 часов следующих суток.

- 1.Опорожнить мочевой пузырь
2. Собирать последующие порции мочи в градуированную ёмкость.
3. Фиксировать количество выделенной мочи и количество потребляемой жидкости

(1стакан жидкости = 200 мл.; 1 порция первого 150 мл.; масса фруктов, овощей и молочных продуктов принимается полностью за количество потребляемой жидкости.)

Цифровая запись показателей водного баланса

Лист учета водного баланса				
Дата _____				
Наименование больницы _____				
Отделение _____				
Палата № _____				
Ф.И.О. <u>Иванов Иван Сергеевич</u>				
Возраст <u>45 лет</u>				
Масса тела <u>70 кг</u>				
Обследование _____				
Диагноз _____				
Время	Выпито	Количество жидкости	Время	Выделено мочи в мл (диурез)
9.00	Завтрак	250,0	10.40	220,0
10.00	в/в капельно	400,0	12.00	180,0
14.00	Обед	350,0	17.00	150,0
16.00	Полдник	100,0	20.00	200,0
18.00	Ужин	200,0	3.00	170,0
21.00	Кефир	200,0	6.00	150,0
	Всего выпито за сутки	1500,0	Всего выделено	1070,0

Расчет: в нашем примере суточный диурез должен составлять: $1500 * 0,8$ (80% от кол-ва выпитой жидкости) = 1200 мл, а он на 130 мл меньше. Значит, водный баланс отрицательный, что указывает на неэффективность лечения или нарастание отеков.

ОЦЕНКА СОЗНАНИЯ

Сознание бывает ясным (пациент хорошо ориентирован) и изменённым.

Лёгкое оглушение - больной вял, но хорошо ориентирован. Отвечает на вопросы правильно, но с задержкой. Иногда возможны негрубые ошибки

Умеренное оглушение (ступор) - больной сонлив, заторможен. Дезориентирован в месте времени и личностях окружающих. Возможны непроизвольные мочеиспускание и дефекация.

Глубокое оглушение (сопор) - Больной находится в состоянии патологического сна. Его можно разбудить, но больной полностью дезориентирован. Отвечает на вопросы замедленно или вовсе не способен понять суть вопроса. Контроль над функциями тазовых органов отсутствует.

Кома - глубокое угнетение сознания с утратой всех признаков психической деятельности

ОЦЕНКА ВИТАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Витальные функции - функции жизнеобеспечения. К ним относят деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной систем.



ДЫХАНИЕ

В легких, имеющих богатое кровоснабжение, постоянно происходит газообмен. Частота, глубина и ритм дыхания регулируются дыхательным центром, расположенным в продолговатом мозге. Повышение содержания углекислого газа в крови вызывает возбуждение дыхательного центра, а понижение - угнетает его деятельность. Циклические нервные импульсы определяют базовый ритм дыхания от продолговатого мозга к диафрагме и наружным межрёберным мышцам.

Дыхание состоит из фаз вдоха и выдоха, за одно дыхательное движение принимают один вдох и один выдох.

При оценке дыхания учитывают :

- ритм
- частоту
- глубину
- характер

Ритм дыхания - регулярность вдохов и выдохов.

Ритм дыхательных движений- это дыхательные движения через определённые промежутки времени. Если эти промежутки одинаковые - дыхание ритмичное, если нет - аритмичное.

Частота дыхательных движений (ЧДД) - число дыхательных движений за 1 минуту. В среднем 16-20 у взрослого человека в состоянии покоя.

Тахипноэ - учащение дыхания более 20 в минуту.

Брадикапноэ - урежение дыхания менее 20 в минуту.

Апноэ - отсутствие дыхания

Диспноэ - расстройство дыхания

Частота дыхательных движений

Возраст	Дыхательные движения в 1 минуту
Новорожденный	40 - 50
Ребенок 2-5 лет	25 - 30
Подросток	18 - 20
Взрослый человек	15 - 18

Типы дыхания

- **Грудной тип** – преимущественно за счет наружных межреберных мышц (у женщин).
- **Брюшной тип** – преимущественно за счет диафрагмы (у мужчин).

ОДЫШКА

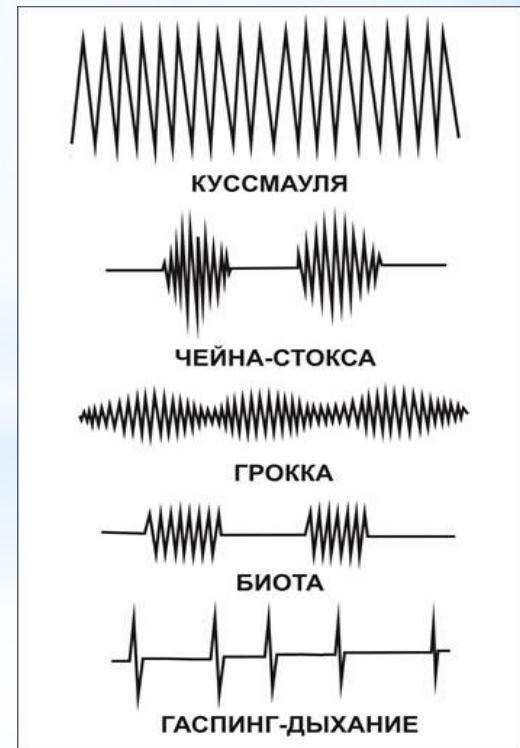
- защитно-приспособительный механизм, при помощи которого восполняется недостаток кислорода и выделяется избыток углекислого газа в крови.

Объективные признаки - изменение ЧДД, ритма и глубины дыхания.



Одышка – тягостное чувство нехватки воздуха:

- Характер одышки (инспираторная – с затруднённым вдохом, экспираторная – с затруднённым выдохом, смешанная).
- При ходьбе, физической нагрузке, в покое.



Определение числа дыхательных движений

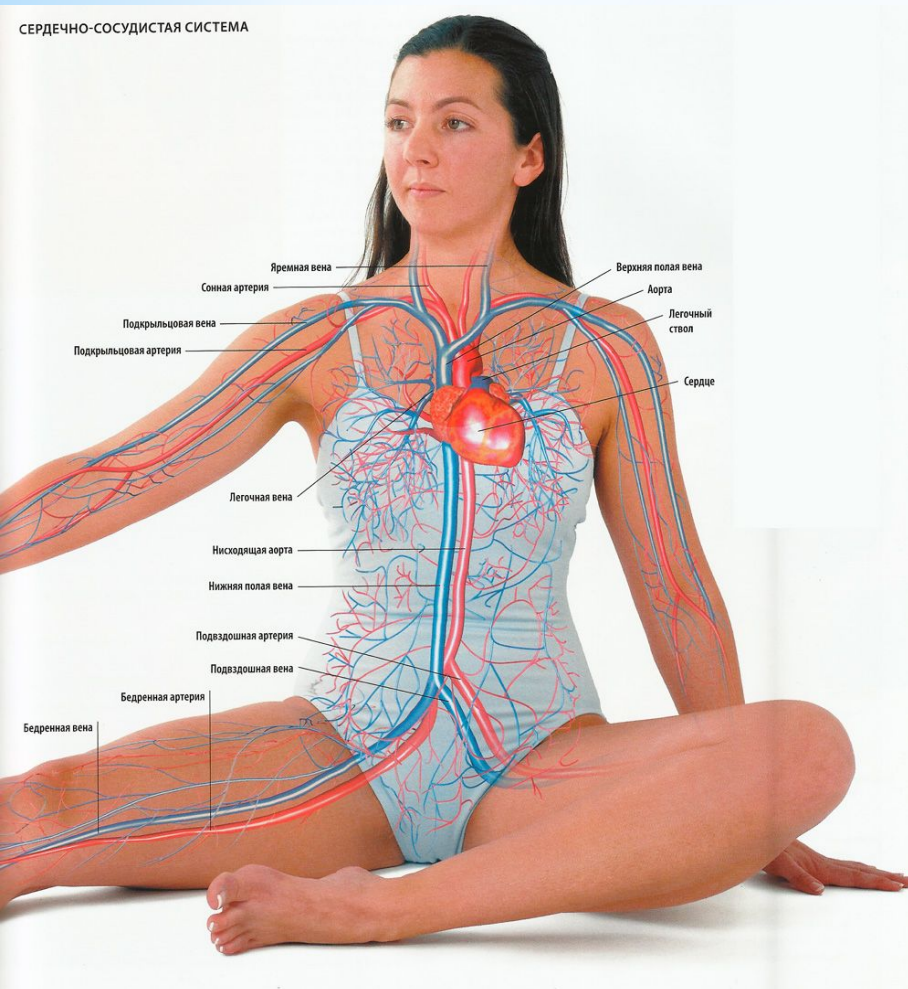
Последовательность действий

1. Взять пациента за руку, так же как для исследования пульса на лучевой артерии (отвлекающий момент, так как дыхание - управляемый процесс)
2. Положить другую руку на грудную клетку (при грудном типе дыхания) или на эпигастральную область при брюшном типе дыхания.
3. Подсчитать число вдохов в 1 минуту.
4. Записать результат



СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Сердечно - сосудистая система обеспечивает доставку кислорода к органам и тканям. Критерии состояния - это показатели пульса, АД, цвет кожных покровов и слизистых.



Пульс - это колебания стенки артерии, обусловленные выбросом крови в артериальную систему. Характер пульса зависит от величины и скорости выброса крови сердцем, а также от эластичности стенки артерии.

Характеристики пульса:

Ритм - чередование пульсовых волн через определённые промежутки времени. Пульс ритмичный, если пульсовые колебания стенки артерии возникают через равные промежутки времени, аритмичный - если интервалы времени неодинаковые.

Частота - В норме у взрослого человека 60 - 80 ударов в минуту . Если больше 80 - **тахикардия**, меньше 60 - **брадикардия**.

Наполнение - количество и объём крови, находящейся в данной артерии.

Пульс *полный*, если сердечный выброс нормальный, *пустой* при уменьшении объёма циркулирующей крови.

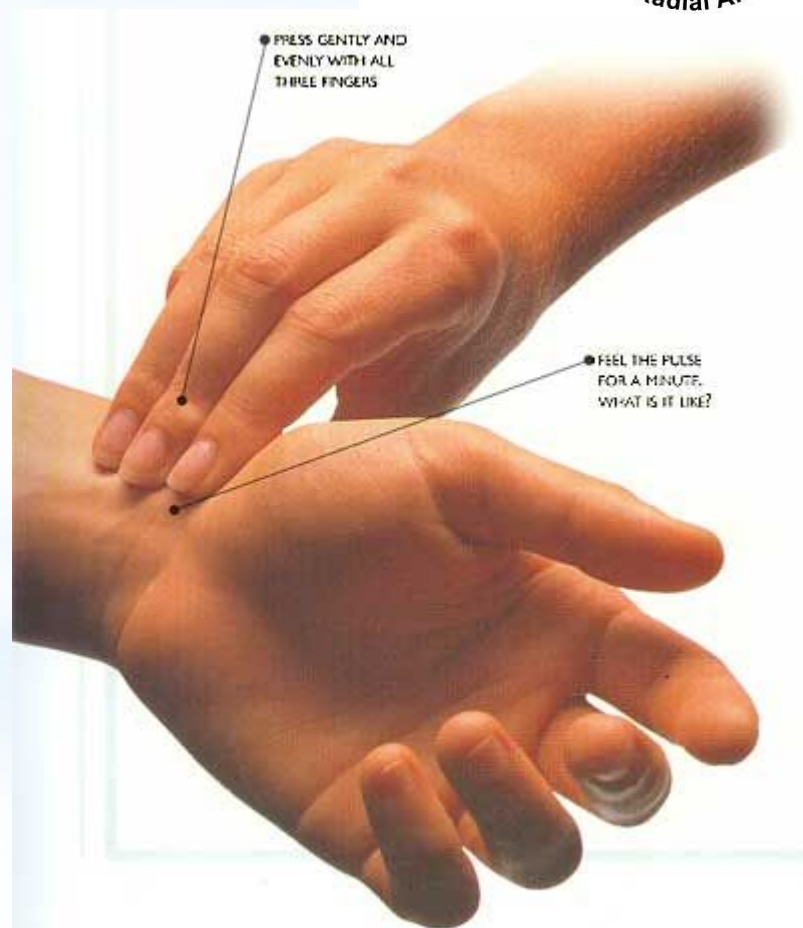
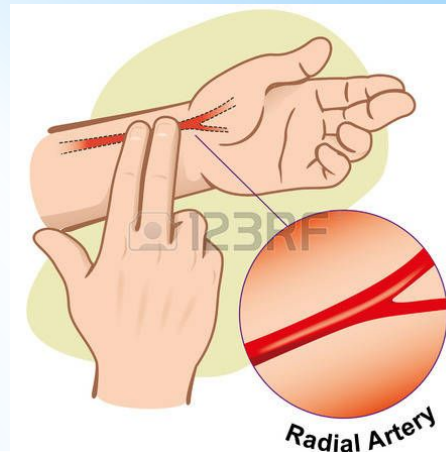
Напряжение - сила, с которой нужно прижать пульсовую артерию, чтобы прекратить её пульсацию. Зависит от величины АД. Если АД нормальное - пульс умеренного напряжения, при высоком АД пульс твёрдый, при низком мягкий. Пульс малого наполнения и слабого напряжения называют нитевидным.

Симметричность - совпадение пульсовых ударов на обеих руках.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПУЛЬСА НА ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ

Последовательность действий:

1. Придать пациенту удобное положение - сидя или лёжа
2. Охватить кисть пациента пальцами своей руки основания большого пальца пациента
3. 2,3 и 4 пальцами нащупать и прижать лучевую артерию.
4. Подсчитать пульс в течение 30 секунд, умножив результат на 2 (если пульс ритмичный); подсчитать пульс в течение 1 минуты если пульс неритмичный
5. Дать характеристику пульса по следующим критериям : ритм, частота, наполнение, напряжение, симметричность



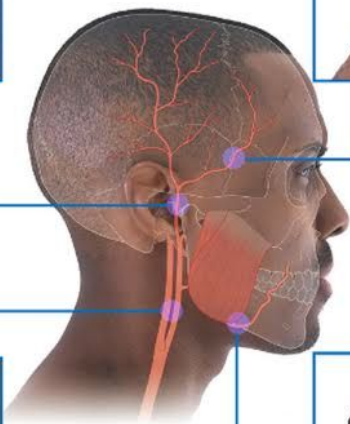
Пульс можно пальпировать на длинных участках артерии или там, где они проходят по поверхности кости



Temporal pulse (superficial temporal artery)



Temporal pulse (anterior branch of superficial temporal artery)



Carotid pulse



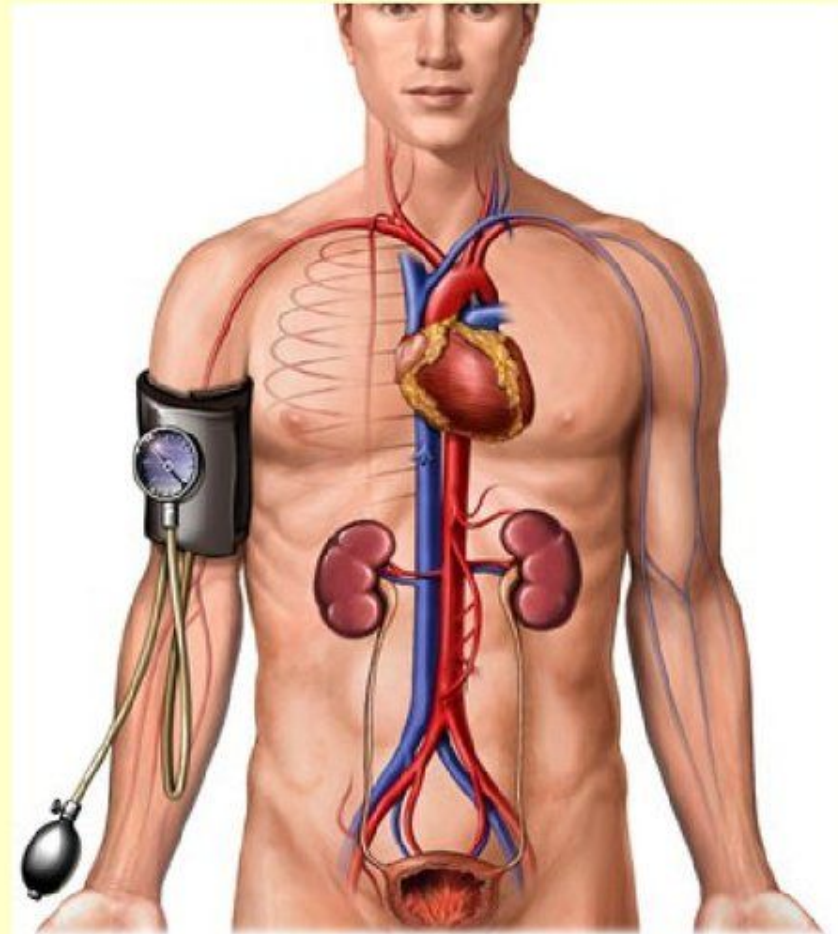
Facial pulse






**Кровяное
(артериальное)
давление – это
давление крови на
стенки кровеносных
сосудов.**

**Систолическое давление
Диастолическое давление**

**Пульсовое давление –
разность между величинами
систолического и
диастолического давления**



Артериальное давление зависит от величины сердечного выброса и тонуса сосудистой стенки

	ВОЗРАСТ	МИНИМУМ	НОРМА	МАКСИМУМ
	1–5	80/55	95/65	110/79
	6–13	90/60	105/70	115/80
	20–24	108/75	120/79	132/83
	25–29	109/76	121/80	133/84
	40–44	112/79	125/83	137/87
	45–49	115/80	127/84	139/88

Артериальная гипертензия и гипотензия.

- **Гипертония** – стойкое повышение артериального давления (от 140/90 и выше)
- **Гипотония** – стойкое понижение артериального давления (от 90/60 и ниже)





Стетоскоп

Манжета

Манометр

Клапан

Груша

ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

- 1.** Наложить манжету на плечо пациента выше локтевого сгиба на 2-3 см, так чтобы между ней и плечом проходили 1-2 пальца
- 2.** Соединить тонометр с манжетой. Стрелки манометра должны быть на нулевой отметке шкалы.
- 3.** Определить пульс на лучевой артерии в области локтевого сгиба.
- 4.** Вставить оливы фонендоскопа в уши и поместить мембрану в место пальпации пульса
- 5.** Закрывать вентиль на груше и накачать в манжету воздух пока давление не превысит на 20 - 30 мм.рт.ст. уровня исчезновения тонов.
- 6.** Открыть вентиль и одновременно выпускать воздух из манжеты. Одновременно фонендоскопом выслушивать тоны на плечевой артерии и следить за показаниями шкалы манометра.
- 7.** Первый звук (тон Короткова) соответствует уровню систолического давления, исчезновение тонов соответствует уровню диастолического давления.
- 8.** Полностью открыть вентиль, снять манжету, выпустить воздух, извлечь оливы из ушей.
- 9.** Записать полученные данные.

ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА

Термометрия - один из обязательных компонентов обследования пациента для выявления лихорадочных и гипотермических состояний

Измерение температуры в подмышечной впадине

1. Встряхнуть термометр до отметки столбика ртути ниже 35 градусов
2. Поместить термометр в подмышечную область пациента.
3. Зафиксировать прижатие плеча к грудной клетке пациента на 10 минут.
4. Извлечь термометр и оценить результат.
5. Погрузить термометр в дезинфектант.
6. Записать результат



САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА ПАЦИЕНТА

Вид обработки устанавливает врач в зависимости от степени тяжести пациента: полную или частичную. Перед санитарной обработкой медсестра осматривает пациента на педикулёз, при его выявлении проводит специальную обработку.

Полная санитарная обработка включает принятие пациентом ванны или душа. Продолжительность ванны 20 - 25 минут, температура воды 36 - 37 градусов.



РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ МЕДСЕСТРЫ :

- 1.** Выявить потенциальные факторы риска пациента перед проведением санитарной обработки: нарушение целостности кожных покровов, чувствительности, гиподинамию, сердечно - сосудистую недостаточность.
- 2.** Проверить состояние кожных покровов для выявления сыпи, покраснения или нарушения целостности кожных покровов
- 3.** Присутствовать во время купания и следить за состоянием пациента. В случае ухудшения (сердцебиение, головокружение, слабость, обморок) прекратить процедуру и срочно вызвать врача.
- 4.** Проконтролировать обеззараживание ванны в целях инфекционной безопасности.

ПРОВЕДЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ВАННЫ

1. Надеть клеенчатый фартук и перчатки.
2. Закрывать форточки (температура в помещении 25°C)
3. Вымойте ванну чистящим средством, дез.средством, затем ополаскиваем горячей водой;
4. Поменять фартук и перчатки.
5. Поставьте в ванну скамейку
6. Помогите пациенту раздеться и разместиться в ванной на скамейке;
7. В случае, если пациент не может мыться самостоятельно, моют его в определенной последовательности: сначала голову, затем туловище, верхние и нижние конечности, паховую область и промежность;
8. Помогают пациенту выйти из ванной, придерживая его за локти и вытереться согретым полотенцем или простыней (вытирают в том же порядке, что и мыли)
9. Одевают в чистую одежду
10. Убедитесь в комфортном состоянии пациента
11. Снимите фартук, перчатки
12. Вымойте руки

www.dobrota.ru

Электрический подъемник для ванны



Последовательность действий при обтирании

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Отгородите пациента щирмой, наденьте перчатки.
3. Подложите клеенку под пациента.
4. "Варежкой" или губкой смоченной в воде, оботрите пациенту шею, грудь, руки.
5. Вытрите эти части тела полотенцем насухо и прикройте его одеялом.
6. Оботрите затем живот, потом спину и нижние конечности и вытрите их насухо и закройте одеялом.
7. Уберите клеенку, щирму, снимите перчатки.
8. Обработайте губку, перчатки, клеенку в соответствии и требованиями санэпидрежима.



Педикулез или вшивость - это заразное заболевание, вызванное паразитированием на теле человека трех видов вшей. Опасность педикулеза в том, что насекомые могут быть переносчиками некоторых серьезных заболеваний - сыпного или возвратного тифа.

Причины педикулеза

Педикулез вызывают вши трех видов:

головные вши, обитают на волосистой части головы, усах, бороде, бровях и ресницах,

платяные вши, обитают на теле и в кожных складках, касающихся одежды,

лобковые вши или платицы, обитают в области лобковых волос.

Вши могут размножаться только в условиях тепла, при охлаждении ниже 15-10 градусов они погибают. Лобковые и головные вши откладывают гниды на основу волоса, платяные вши откладывают яйца в складках одежды. Через неделю из них вылупляются личинки, созревающие и питающиеся кровью. Взрослые особи живут до 40 суток.

Педикулез или вшивость - это заразное заболевание, вызванное паразитированием на теле человека трех видов вшей. Опасность педикулеза в том, что насекомые могут быть переносчиками некоторых серьезных заболеваний - сыпного или возвратного тифа.



Педикулез вызывают вши трех видов:

головные вши, обитают на волосистой части головы, усах, бороде, бровях

и ресницах,

платяные вши, обитают на теле и в кожных складках, касающихся одежды,

лобковые вши или площицы, обитают в области лобковых волос.

Вши могут размножаться только в условиях тепла, при охлаждении ниже 15-10 градусов они погибают. Лобковые и головные вши откладывают гниды на основу волоса, платяные вши откладывают яйца в складках одежды. Через неделю из них вылупляются личинки, созревающие и питающиеся кровью. Взрослые особи живут до 40 суток.



ОБРАБОТКА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПЕДИКУЛЁЗА

ОСНАЩЕНИЕ:

1. Для м/с - халат, перчатки, косынка.
2. Для пациента - пелерина, 2 косынки (х/б и п/э);
3. Для обработки - противопедикулицидное средство;
4. Туалетное мыло или шампунь,
5. Частый гребень;
6. Ножницы;
7. Машинка для стрижки волос;
8. Станок для бритья;
9. Таз;
10. Уксус столовый 5-10%;
11. Два мешка (х/б и п\э).

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ

1. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения, получите согласие.
2. Осмотреть волосистые части тела пациента.
3. При выявлении педикулеза надеть второй халат, косынку, перчатки.
4. Усадить пациента на стул или кушетку, покрытую клеенкой.
5. Наденьте пелерину на пациента.
6. Перед обработкой противопедикулицидным средством, на границе волосистой части головы и лица, м/с повязывает жгут из х/б ткани с целью предохранения кожи лица и слизистых оболочек от попадания на них противопедикулицидных средств.
7. Последовательно обрабатывает волосы пациента одним из дезинфектантов.
8. Покрывает волосы пациента п/э косынкой, а затем обычной на 20 минут.
9. Смывает препарат теплой водой с моющим средством, споласкивает теплой водой с добавлением 5-10% столового уксуса, что способствует уничтожению гнид.
10. Тщательно вычесывает частым гребнем 15-20 минут, в каждой прядке над тазом.
11. Промывает волосы теплой водой и вытирает их
12. После окончания обработки весь использованный материал, свою спецодежду собирает в один из мешков, одежду пациента в другой и отправляет в дезинсекционную камеру.
13. Снимает перчатки, моет руки и на титульном листе истории болезни делает отметки о педикулезе Р(+), и записывает эпид. номер.
14. Заполняет экстренное извещение (форма № 058) в СЭН и делает запись в журнале учета инфекционных заболеваний.
15. Осматривает сухие волосы пациента.

1. Обработка педикулицидами детей до 5 лет, кормящих и беременных женщин, людей с поврежденной кожей ЗАПРЕЩАЕТСЯ!
2. Срок наблюдения за пациентом - очагом педикулеза (Р) - 30 дней с регулярным проведением осмотров каждые 10 дней.
3. Средства для дезинсекции: - Лосьоны: Педилин, Педикулицид, Ниттифор;
- Таблетки: Авирон, Опафос,
- Кремы: Инсекто-крем; Гели: Геленид, Педизол; Твердые мыла и др.



Способ транспортировки пациента в отделение определяет врач в зависимости от степени тяжести состояния: на каталке, кресле - каталке или самостоятельно в сопровождении медперсонала.



Транспортировка пациента на каталке

Проводится тремя медицинскими работниками.

Последовательность действий и безопасность:

1. Проверить на исправность и подготовить к транспортировке каталку.

2. Постелить на каталку одеяло, чтобы его половина (по вертикали) оставалась свободной. Накрыть одеяло простыней, положить подушку.

3. Поставить каталку под прямым углом ножной частью к изголовью кровати или кушетки.

4. Приподнять пациента – один медработник подводит руки под шею и верхнюю часть туловища, другой – под поясницу, третий – под бедра и голени.

5. Поднять пациента, повернуться с ним на 90 градусов и уложить его на каталку.

6. Укрыть пациента свободным концом (половиной) одеяла с простыней.

7. Один медицинский работник становится впереди каталки, другой – сзади, лицом к пациенту.

8. Транспортировку пациента на каталке проводят головным концом вперед.

Транспортировка пациента в кресле-каталке

Проводится одним медицинским работником. Последовательность действий:

1. Проверить исправность кресла-каталки, подготовить его к работе.
2. Наклонить кресло-каталку вперед, наступив на подставку для ног.
3. Попросить пациента встать на эту подставку и усадить его в кресло, поддерживая под спину.
4. Привести кресло-каталку в исходное положение.
5. Придать пациенту необходимое положение (сидя либо полулежа) с помощью рамки, располагающейся за спинкой кресла.
6. Накрыть пациента одеялом или простыней.
7. Контролировать положение рук пациента — чтобы они не выходили за пределы подлокотников во время транспортировки.
8. По прибытии к месту назначения помочь пациенту пересесть на кровать в палате.