

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Богданова Марина Алексеевна
Должность: Директор
Дата подписания: 30.07.2026 16:45:28
Уникальный программный ключ:
fb4a5c908980377fa57870646a0fb9474274f1b1

Частное профессиональное образовательное учреждение
«Новый колледж современного образования»



УТВЕРЖДАЮ

Директор ЧПОУ «НКСО»

М.А. Богданова

«29» мая 2026 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по профессиональному модулю
ПМ.01 ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УХОДА ЗА
ПАЦИЕНТАМИ

по программе подготовки специалистов среднего звена специальности

31.02.01 Лечебное дело

Ставрополь, 2026

Содержание

1. Паспорт фонда оценочных средств
2. Комплект контрольно-оценочных средств для оценки освоения теоретического курса профессионального модуля
3. Оценка по учебной и производственной практике
4. Комплект контрольно-оценочных средств для проведения экзамена (квалификационного)

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1.1. Результаты освоения программы профессионального модуля, подлежащие проверке

Результатом освоения профессионального модуля является готовность обучающегося к выполнению вида профессиональной деятельности «ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ», и составляющих его профессиональных компетенций, а также общие компетенции, формирующиеся в процессе освоения ППССЗ в целом.

Фонд оценочных средств предназначен для оценки результатов освоения ПМ.01 ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ.

В результате оценки осуществляется проверка сформированности следующих компетенций:

Код	Наименование результата обучения
ПК 1.1	Осуществлять рациональное перемещение и транспортировку материальных объектов и медицинских отходов.
ПК 1.2.	Обеспечивать соблюдение санитарно-эпидемиологических правил и нормативов медицинской организации.
ПК 1.3.	Осуществлять профессиональный уход за пациентами с использованием современных средств и предметов ухода.
ПК 1.4.	Осуществлять уход за телом человека.
ОК 01	Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам;
ОК 02	Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности;
ОК 03	Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях;
ОК 04	Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде;
ОК 05	Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста;
ОК 06	Проявлять гражданско-патриотическую позицию, демонстрировать осознанное поведение на основе традиционных общечеловеческих ценностей, в том числе с учетом гармонизации межнациональных и межрелигиозных отношений, применять стандарты антикоррупционного поведения;
ОК 07	Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях;
ОК 08	Использовать средства физической культуры для сохранения и укрепления здоровья в процессе профессиональной деятельности и поддержания необходимого уровня физической подготовленности;
ОК 09	Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках.

1.2. Формы промежуточной аттестации по профессиональному модулю

Обязательной формой аттестации по итогам освоения программы профессионального модуля является экзамен (квалификационный).

Для составных элементов профессионального модуля предусмотрена следующая промежуточная аттестация.

Элементы модуля, профессиональный модуль	Формы промежуточной аттестации
МДК.01.01 Теория и практика сестринского дела	<i>дифференцированный зачет</i>
МДК.01.02 Безопасная среда для пациента и персонала	<i>дифференцированный зачет</i>
МДК.01.03 Технология оказания медицинских услуг	<i>экзамен</i>
УП.01 Учебная практика	<i>дифференцированный зачет</i>
ПП.01 Производственная практика	<i>дифференцированный зачет</i>
ПМ.01 ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ	Экзамен (квалификационный)

1.3. Показатели оценки результатов

Профессиональные компетенции	Показатели оценки результата
ПК 1.1. Осуществлять рациональное перемещение и транспортировку материальных объектов и медицинских отходов.	Правильность осуществления рационального перемещения и транспортировки материальных объектов и медицинских отходов.
ПК 1.2. Обеспечивать соблюдение санитарно-эпидемиологических правил и нормативов медицинской организации.	Точность соблюдения санитарно-эпидемиологических правил и нормативов медицинской организации.
ПК 1.3. Осуществлять профессиональный уход за пациентами с использованием современных средств и предметов ухода.	Эффективность осуществлять профессиональный уход за пациентами с использованием современных средств и предметов ухода.
ПК 1.4. Осуществлять уход за телом человека.	Своевременность и правильность осуществления ухода за телом человека.
ОК 01. Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам;	Обоснованность постановки цели, выбора и применения методов и способов решения профессиональных задач; адекватная оценка и самооценка эффективности и качества выполнения профессиональных задач
ОК 02. Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности;	Использование различных источников, включая электронные ресурсы, медиаресурсы, Интернет-ресурсы, периодические издания по специальности для решения профессиональных задач
ОК 03. Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по	Демонстрация ответственности за принятые решения Обоснованность самоанализа и коррекция результатов собственной

финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях;	работы
ОК 04. Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде;	Взаимодействие с обучающимися, преподавателями и мастерами в ходе обучения, с руководителями учебной и производственной практик; обоснованность анализа работы членов команды (подчиненных)
ОК 05. Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста;	Демонстрация грамотности устной и письменной речи, ясность формулирования и изложения мыслей
ОК 06. Проявлять гражданско-патриотическую позицию, демонстрировать осознанное поведение на основе традиционных общечеловеческих ценностей, в том числе с учетом гармонизации межнациональных и межрелигиозных отношений, применять стандарты антикоррупционного поведения;	Соблюдение норм поведения во время учебных занятий и прохождения учебной и производственной практик
ОК 07. Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях;	Эффективное выполнение правил ТБ во время учебных занятий, при прохождении учебной и производственной практик; демонстрация знаний и использование ресурсосберегающих технологий в профессиональной деятельности
ОК 08. Использовать средства физической культуры для сохранения и укрепления здоровья в процессе профессиональной деятельности и поддержания необходимого уровня физической подготовленности;	Эффективность использовать средств физической культуры для сохранения и укрепления здоровья при выполнении профессиональной деятельности
ОК 09. Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках.	Эффективность использования в профессиональной деятельности необходимой технической документации, в том числе на английском языке.

2. КОМПЛЕКТ КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ОСВОЕНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО КУРСА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МОДУЛЯ

2.1. Типовые задания для оценки освоения МДК 01.01 Теория и практика сестринского дела

Текущий контроль включает в себя следующие формы и методы контроля:

1. Тестовые задания
2. Выполнение манипуляций по алгоритмам
3. Решение ситуационных и профессиональных задач

✓ Тестовые задания

Система оценивания и критерии оценки тестовых заданий:

Оценка решения тестовых заданий осуществляется с помощью письменного контроля.

Критерии оценки:

1. Задание с **выбором ответа** считается выполненным, если выбранный студентом номер ответа совпадает с верным ответом. Все задания с выбором ответа оцениваются в 1 балл. Если студент выбрал более одного ответа, то задание считается выполненным неверно.
2. Задание с **выбором правильного суждения** считается выполненным, если выбранный учащимся номер ответа совпадает с верным ответом. Все задания с выбором ответа оцениваются в **1 балл**.
3. За ответ на задание «В» (**три из шести**) выставляется 2 балла; выставляется 1 балл, если в ответе указаны две любые цифры, представленные в эталоне ответа, и 0 баллов во всех других случаях. Если экзаменуемый указывает в ответе больше символов, чем в правильном ответе, то за каждый лишний символ снижается 1 балл (до 0 баллов включительно)
4. За ответы на задания «В» (**установление соответствия**) выставляется 2 балла; выставляется 1 балл, если на любой одной позиции ответа записан не тот символ, который представлен в эталоне ответа, и 0 баллов во всех других случаях.
5. За ответы на задания «В» (**восстановление последовательности**) выставляется 2 балла; выставляется 1 балл, если на любой одной позиции ответа записан не тот символ, который представлен в эталоне ответа, и 0 баллов во всех других случаях.

Оценка в 100-балльной шкале	Оценка в 5-балльной шкале
90-100	5 (отлично)
80-89	4 (хорошо)
70-79	3 (удовлетворительно)
0-69	2 (неудовлетворительно)

Таким образом:

- оценка «отлично» выставляется при условии правильного ответа студента не менее чем на 90% тестовых заданий;

- оценка «хорошо» выставляется при условии правильного ответа студента не менее чем на 80% тестовых заданий;
- оценка «удовлетворительно» - не менее чем на 70 тестовых заданий;
- оценка «неудовлетворительно» - если студент правильно ответил менее чем на 70% тестовых заданий.

Тесты Вариант 1

Задания части «А»

При выполнении заданий части «А» (А1 – А18) в работе обведите номер правильного ответа кружком.

Выберите один правильный ответ

А1. Пациенту с нарушением речевого и слухового аппарата медсестра передаст информацию с помощью

- 1) речи
- 2) взгляда
- 3) мимики
- 4) картинки

А2. В какой зоне проходит общение между и пациентом и медсестрой при измерении артериального давления?

- 1) личной зоне
- 2) интимной зоне
- 3) социальной зоне
- 4) общественной зоне

А3. Какой фактор будет способствовать эффективному общению медсестры и пациента при подготовке к лабораторному исследованию?

- 1) тишина
- 2) изоляция
- 3) освещение
- 4) вентиляция

А4. Медсестра консультируется с врачом по поводу транспортировки пациента из приемного отделения в стационар. На каком уровне происходит общение?

- 1) социальном
- 2) общественном
- 3) межличностном
- 4) внутриличностном

А5. Какой фактор препятствует общению медсестры и пациента?:

- 1) тишина
- 2) критика
- 3) изоляция
- 4) вентиляция

А6. Какой стиль общения будет более эффективен при подготовке пациента к рентгенологическому исследованию?

- 1) уступки
- 2) давления
- 3) компромисса
- 4) сотрудничества

А7. В какой зоне проходит общение между и пациентом и медсестрой при постановке венозного катетера?

- 1) личной зоне
 - 2) интимной зоне
 - 3) социальной зоне
 - 4) общественной зоне
- A8. Внешняя культура поведения медсестры включает
- 1) соблюдение тишины
 - 2) соблюдение дисциплины
 - 3) соблюдение распорядка дня
 - 4) соблюдение ношения халата
- A9. Внутренняя культура поведения медсестры включает
- 1) соблюдение тишины
 - 2) соблюдение дисциплины
 - 3) соблюдение ношения халата
 - 4) соблюдение внешних приличий
- A10. При осуществлении терапевтического общения с пациентом медсестра использует
- 1) контакт глаз
 - 2) принцип уступки
 - 3) желание пациента
 - 4) согласованность с врачом
- A11. Врач эпидемиолог проводит лекцию с медсестрами инфекционного отделения на тему: «Опасные инфекции». На какой дистанции проходит общение?
- 1) личной
 - 2) интимной
 - 3) социальной
 - 4) общественной
- A12. Какие правила нарушает медсестра, осматривая пациента в грязном халате?
- 1) правила внешней культуры
 - 2) правила внутренней культуры
 - 3) правила медицинской культуры
 - 4) правила профессиональной культуры
- A13. Медсестра в палате в присутствии других больных делает замечание пациенту по поводу несвоевременной явки на процедуру. Что не соблюдается при общении?
- 1) субординация
 - 2) внутренняя культура
 - 3) медицинская деонтология
 - 4) социальные нормы общения
- A14. По просьбе пациента медсестра перенесла сбор анализа крови на другой день. О каком стиле общения идет речь?
- 1) уступки
 - 2) давления
 - 3) компромисса
 - 4) сотрудничества
- A15. Медсестра беседует с родственниками пациента по поводу ухода за тяжелобольным в домашних условиях? На каком уровне происходит общение?
- 1) личном
 - 2) общественном
 - 3) межличностном
 - 4) внутриличностном
- A16. ***Верны ли следующие суждения об общении? Обведите кружком номер правильного ответа в работе.***

А. Общение – все способы поведения, которые один человек использует сознательно или бессознательно для воздействия на другого.

Б. Общение – обмен эмоциями и информацией, осуществляемый между людьми для удовлетворения своих потребностей

- 1) верно только А
- 2) верно только Б
- 3) верны оба суждения
- 4) оба суждения неверны

А 17. ***Верны ли следующие суждения о терапевтическом общении?***

Обведите кружком номер правильного ответа в работе.

А. Терапевтическое общение – благоприятное воздействие, оказываемое на психику пациента с помощью слов

Б. Терапевтическое общение – благоприятное воздействие, оказываемое на психику пациента с помощью слов и лекарственных препаратов

- 1) верно только А
- 2) верно только Б
- 3) верны оба суждения
- 4) оба суждения неверны

А18. ***Верны ли суждения о сестринской деонтологии? Обведите кружком номер правильного ответа в работе.***

А. Сестринская деонтология-наука о долге перед пациентом и обществом, профессиональном поведении медицинского работника, является частью сестринской этики.

Б. Сестринская деонтология -философская дисциплина, изучающая вопросы морали и нравственности.

- 1) верно только А
- 2) верно только В
- 3) верны оба суждения
- 4) оба суждения неверны

Задания части «В»

В заданиях В19– В23 выберите три верных ответа из шести. Обведите кружком номер правильного ответа в работе.

В19. Какие уровни общения использует медсестра в своей работе?

- 1) личностный
- 2) социальный
- 3) медицинский
- 4) общественный
- 5) межличностный
- 6) внутриличностный

В20. Какие стили общения встречаются в профессиональной деятельности медсестры?

- 1) заботы
- 2) давления
- 3) внимания
- 4) милосердия
- 5) компромисса
- 6) сотрудничества

В 21. Что относят к терапевтическому средству общения?

- 1) контакт глаз
- 2) прикосновение
- 3) рекомендации врача
- 4) моральная поддержка
- 5) пристальное внимание

- 6) письменные инструкции
- B22. Что относят к нетерапевтическому средству общения?
- 1) прикосновение
 - 2) безличное отношение
 - 3) пристальное внимание
 - 4) неоправданное доверие
 - 5) письменные инструкции
 - 6) констатация заключения
- B23. Что означают скрещенные на груди руки медсестры во время беседы?
- 1) защита
 - 2) отрицание
 - 3) несогласие
 - 4) безразличие
 - 5) спокойствие
 - 6) нейтральность

В заданиях B24 – B28 установите соответствие между содержанием первого и второго столбцов. Впишите в таблицу буквы выбранных ответов.

B24. Установите соответствие между понятием и его обоснованием

<u>Понятие</u>	<u>Обоснование</u>
1. Межличностное общение	А. Общение в границах одного человека
2. Общественное общение	Б. Общение между большими группами людей или один человек с группой людей
3. Внутрличностное общение	В. Общение между двумя и более людьми

Ответ:

1 2 3

B25. Установите соответствие между стилями общения и их характеристикой

<u>Стили общения</u>	<u>Характеристика</u>
1. Сотрудничества	А. Взаимодействие медсестры и пациента с обоюдным учетом интересов и потребностей
2. Компромисса	Б. Согласие медсестры на условия пациента
3. Давления	В. Взаимовыгодное соглашение медсестры с пациентом
4. Избегания	Г. Авторитарное общение со стороны медсестры
5. Уступки	Д. Вежливый отказ медсестры от общения с пациентом

Ответ:

1 2 3 4 5

B26. Установите соответствие между функциями общения и их значением

<u>Функция</u>	<u>Значение</u>
1. Регулятивная	А. Получение и сообщение необходимой информации. Медсестре необходима информация о самочувствии пациента, его реакции на медперсонал, лечение. В свою очередь, медсестра сообщает пациенту информацию о схеме приема лекарственных

- препаратов
2. Информационная Б. Пациенты ждут от медсестры эмоционального отклика, сочувствия, душевного тепла. Любые эмоции, и в первую очередь отрицательные, заразительны и быстро распространяются на окружающих
3. Экспрессивная (эмоциональная) В. В процессе общения медсестра воздействует на сознание и поведение пациентов, используя их жизненные ценности и интересы, эмоциональный фон и другие «рычаги управления» людьми

Ответ:

1 2 3

В27. Установите соответствие между коммуникативными барьерами общения и их характеристикой

- | <u>Барьеры общения</u> | <u>Характеристика</u> |
|---------------------------|---|
| 1. Фонетический барьер | А. Медсестра и пациент при объяснении обрывают или нечетко передают информацию |
| 2. Эмоциональный барьер | Б. Медсестра и пациент, получая какую-либо информацию, больше заняты своими чувствами, чем реальными фактами |
| 3. Логический барьер | В. Медсестра и пациент по разному интерпретируют понятия, в виду социальных, профессиональных, религиозных различий |
| 4. Социокультурный барьер | Г. Медсестра и пациент слишком сложно изъясняют свои мысли |
| 5. Информационный барьер | Д. Медсестра и пациент говорят на разных языках и диалектах, изъясняются быстро и невыразительно |

Ответ:

1 2 3 4 5

В28. Установите соответствие между жестами и их значением

- | <u>Жест</u> | <u>Значение</u> |
|--|---------------------------------|
| 1. Открытые ладони | А. Искренность и открытость |
| 2. Рука у щеки, пощипывание переносицы | Б. Подозрительность и скрытость |
| 3. Потирание глаз или рта рукой | В. Размышление и оценка |

Ответ:

1 2 3

Задание части «С»

Выполните задания С29 - С30. Ответ изложите письменно.

С 29. В приемное отделение поступил больной Смирнов В.И. по направлению участкового терапевта на обследование для уточнения диагноза. Больной госпитализирован впервые, нервничает, задает много вопросов медсестре, проявляет беспокойство и растерянность.

Задание: составьте памятку эффективного общения с пациентом.

С30. Пациент М., 48 лет, находится в кардиологическом отделении стационара по поводу инфаркта миокарда. При повторной электрокардиограмме медсестра, снимавшая ЭКГ, обнаружила ухудшение. Пациент попросил сообщить ему результат исследования. Медсестра сказала, что состояние нестабильное и отправила к врачу.

Задание: правильно ли поступила медсестра? Как должна поступить медсестра в данной ситуации?

Эталоны ответов тема «Общение в сестринском деле»

А 1. – 4, А 2. – 1, А 3. – 1, А 4. – 3, А 5. – 2, А 6. – 4, А 7. – 2, А 8. – 4, А 9. – 2, А 10. – 1
А 11. – 4, А 12. – 1, А 13. – 3, А 14. – 1, А 15. – 1, А 16. – 3, А 17. – 1, А 18. – 1,
В 19. – 4, 5, 6, В 20. – 2, 5, 6, В 21. – 1, 2, 5, В 22. – 2, 4, 6, В 23. – 1, 2, 3,
В 24. – 1 – В, 2 – Б, 3 – А, В 25. – 1 – А, 2 – В, 3 – Г, 4 – Д, 5 – Б, В 26. – 1 – В, 2 – А, 3 – Б,
В 27. – 1 – Д, 2 – Б, 3 – Г, 4 – В, 5 – А, В 28. – 1 – А, 2 – В, 3 – Б

С29.

Памятка правила общения с пациентом

1. Представьте, назовите цель беседы.
2. Обращайтесь к пациенту по имени, отчеству, не используя в речи фамильярностей.
3. Смотрите пациенту в лицо, улыбайтесь, выражайте одобрение.
4. Поддерживайте визуальный контакт.
5. Говорите внятно, доходчиво, неторопливо, не повышайте голос, не используйте терминологию.
6. Поощряйте вопросы пациента.
7. Обеспечьте тишину и конфиденциальность.
8. Внимательно слушайте.
9. Контролируйте свои эмоции.
10. Не перебивайте, не спорьте с пациентом.

С 30.

Медсестра поступила неправильно, она должна была успокоить пациента. Оказать психотерапевтическую помощь, поговорив с ним, чтобы его не тревожить и не ухудшить его состояние. Позднее посоветовать выяснить интересующие его вопросы у лечащего врача.

Вариант 2

Задания части «А»

При выполнении заданий части «А» (А1-А 18) в работе обведите номер правильного ответа кружком.

Выберите один правильный ответ из четырех

А1. Медсестра обучает пациента практическим навыкам самоухода. В какой зоне комфорта они находятся?

- 1) личной
- 2) интимной
- 3) социальной

4) общественной

А2. Какой метод использует медсестра, объясняя пациенту необходимость соблюдения диетического питания?

1) словесный

2) наглядный

3) практический

4) педагогический

А3. Медсестра читает лекцию больным инфекционного отделения на тему: «Кишечные инфекции». Какой способ обучения она использует?

1) групповой

2) совместный

3) коллективный

4) индивидуальный

А4. Во время обучения техники измерения пульса, медсестра демонстрирует учебный фильм. Какой метод обучения она использует?

1) словесный

2) наглядный

3) практический

4) педагогический

А5. К какому методу обучения относится отработка пациентом практических навыков по измерению артериального давления?

1) словесному

2) наглядному

3) практическому

4) педагогическому

А6. Формальное обучение пациента медсестра может проводить

1) во время обхода

2) во время тихого часа

3) в специально отведенное время

4) 4 во время выполнения своих обязанностей

А7. Неформальное обучение медсестра проводит

1) во время обхода

2) во время тихого часа

3) в специально отведенное время

4) во время выполнения своих обязанностей

А8. В какой зоне комфорта находится медсестра и пациент при обучении физическим упражнениям на занятиях по лечебной физкультуре?

1) личной

2) интимной

3) социальной

4) общественной

А9. К какому этапу обучения относится оценка исходного уровня знаний пациента?

1) первому

2) второму

3) третьему

4) четвертому

А10. После обучения пациента подготовке к рентгенологическому исследованию медсестра должна

1) оправить в палату

2) доставить на исследование

3) отправить на консультацию к врачу

4) 4.попросить повторить информацию

A11. От чего зависит готовность пациента к обучению ?

- 1) от настроения
- 2) от освещения
- 3) от времени суток
- 4) от состояния здоровья

A12. Четвертый этап обучения в сестринском деле включает

- 1) формулировку целей обучения
- 2) составление плана
- 3) оценку знаний
- 4) оценку навыков

A13. Какой этап обучения осуществляет медсестра, обучая пациента технике измерения пульса?

- 1) первый
- 2) второй
- 3) третий
- 4) 4.четвертый

A14. На втором этапе обучения пациента принципам рационального питания медсестра оценивает

- 1) исходный уровень знаний
- 2) правильность целей обучения
- 3) средства реализации обучения
- 4) итоговый уровень навыков

A15. В какой зоне обучение проходит наиболее продуктивно?

- 1) личной зоне
- 2) интимной зоне
- 3) социальной зоне
- 4) общественной зоне

A16. ***Верны ли следующие суждения о терапевтическом обучении? Обведите кружком номер правильного ответа в работе***

А. Терапевтическое обучение – это комплекс важных действий, призванных помочь больному управлять своим лечением, предотвращать или отсрочить развитие возможных осложнений.

Б. Терапевтическое обучение - это системный, ориентированный на пациента учебный процесс, направленный на улучшение качества и продолжительности жизни пациента.

- 1) верно только А
- 2) верно только Б
- 3) верны оба суждения
- 4) оба суждения неверны

A17. ***Верны ли следующие суждения об обучении в сестринском деле?***

Обведите кружком номер правильного ответа в работе

А. Обучение в сестринском деле – это двухсторонний, целенаправленный процесс деятельности медсестры и пациента, обеспечивающий передачу и усвоение знаний, умений и навыков.

Б. Обучение в сестринском деле – преподавательская деятельность медсестры, направленная на организацию обучения пациента и его родственников.

- 1) верно только А
- 2) верно только Б
- 3) верны оба суждения
- 4) оба суждения неверны

A18. ***Верны ли суждения о задачах обучения? Обведите кружком номер правильного ответа в работе.***

А. Задачами обучения являются пропаганда здорового образа жизни, позволяющего сохранить и укрепить здоровье
В. Задачами обучения являются только отработка практических манипуляций, интересующих пациента.

- 1) верно только А
- 2) верно только В
- 3) верны оба суждения
- 4) оба суждения неверны

Задания части «В»

В заданиях В19– В23 выберите три верных ответа из шести. Обведите кружком номер правильного ответа в работе.

В19. В каких сферах проходит обучение?

- 1) регулятивная
- 2) познавательная
- 3) эмоциональная
- 4) психомоторная
- 5) информационная
- 6) психоэмоциональная

В 20. Готовность пациента к обучению зависит от

- 1) возраста
- 2) состояния здоровья
- 3) настроения пациента
- 4) поддержки родственников
- 5) умственных способностей
- 6) режима двигательной активности

В 21. Какими способностями должна обладать медсестра организующая процесс обучения?

- 1) деятельность
- 2) независимость
- 3) экспрессивность
- 4) эмоциональность
- 5) конструктивность
- 6) коммуникабельность

В 22. Какими должны быть цели процесса обучения?

- 1) реальным
- 2) научными
- 3) лечебными
- 4) логичными
- 5) конкретными
- 6) достижимыми

В 23. В процессе обучения медсестра должна учитывать

- 1) назначение врача
- 2) настроение пациента
- 3) заболевание пациента
- 4) потребности пациента
- 5) желание родственников
- 6) индивидуальные особенности

В заданиях В24 – В29 установите соответствие между содержанием первого и второго столбцов. Впишите в таблицу буквы выбранных ответов.

В 24. Установите соответствие между методами обучения и их характеристикой

Методы обучения

Характеристика

1. Словесный метод

А. Использование медицинских атласов, картинок

2. Наглядный метод
3. Практический метод

- Б. Информация усваивается в устной форме: беседа
- В. Проводится отработка практических умений (введение инсулина, измерение АД)
- Г. Информация усваивается устно

Ответ

1	2	3

В25. Установите соответствие между сферами обучения и их характеристикой

Сферы обучения

1. Познавательная

2. Эмоциональная

3. Психомоторная

Характеристика

- А. Означает, что человек использует умственную и мышечную деятельность, обучается новым действиям и навыкам
- Б. Подразумевает, что человек получает новую информацию, узнает новые факты, анализирует, определяет наиболее важные и значимые для него
- В. Заключается в том, что человек реагирует на полученную информацию чувствами, эмоциями, оценивает полученные знания, меняет поведение

Ответ

1	2	3

В26. Установите соответствие между этапами обучения и их значением

Значение этапов

1. Первый этап обучения
2. Второй этап обучения
3. Третий этап обучения
4. Четвертый этап обучения

Этапы обучения

- А. Реализация плана обучения
- Б. Планирование целей и плана обучения
- В. Оценка исходного уровня знаний
- Г. Оценка итоговых знаний

Ответ

1	2	3	4

В27. Установите соответствие между коммуникативными барьерами общения и их характеристикой.

Коммуникативные барьеры

1. Фонетический барьер
2. Эмоциональный барьер
3. Социокультурный барьер
4. Информационный барьер

Характеристика

- А. Медсестра и пациент при объяснении обрывают или нечетко передают информацию
- Б. Медсестра и пациент, получая какую – либо информацию, больше заняты своими эмоциями
- В. Медсестра и пациент по разному интерпретируют понятия ввиду социальных, профессиональных, религиозных различий
- Г. Медсестра и пациент говорят на разных языках и диалектах, изъясняются быстро и непонятно

Ответ

1	2	3	4

В28. Установите соответствие между жестами и их значением

Жесты

1. Открытые ладони
2. Рука у щеки, пощипывание переносицы
3. Потирание глаз или рта рукой

Значение

- А. Искренность и открытость
- Б. Подозрительность и скрытость
- В. Размышление и оценка
- Г. Несогласие и противостояние

Ответ

1	2	3

В29. Установите соответствие между способностями и их характеристиками

Способности

1. Коммуникабельность
2. Экспрессивность
3. Конструктивность

Характеристика

- А. Умение свободно и продуктивно общаться
- Б. Умение планировать процесс обучения
- В. Умение проявить или скрыть свои чувства

Ответ

1	2	3

Задания части «С»

Прочитайте задачу, составьте план обучения пациента измерению артериального давления.

С30. Задача

Пациент, Иван Петрович, инженер по профессии, находится на стационарном лечении в кардиологическом отделении. Врачебный диагноз: гипертоническая болезнь.

В результате лечения АД снизилось, пациент просит врача выписать его из отделения раньше времени, ссылаясь на очень большую занятость и необходимость быть всегда на рабочем месте.

При опросе медсестра выяснила, что пациент страдает периодически возникающими головными болями, АД повышается до очень высоких цифр.

Рекомендации врача принимать лекарства под контролем АД не выполняет. Оказалось, сам пациент, и его родственники не умеют пользоваться тонометром и измерять артериальное давление.

Эталоны ответов**тема «Обучение в сестринском деле»**

А 1. – 1, А 2. – 1, А 3. – 3, А 4. – 2, А 5. – 3, А 6. – 3, А 7. – 4, А 8. – 3, А 9. – 4, А 10. – 4,

А 11. – 4, А 12. – 4, А 13. – 3, А 14. – 2, А 15. – 1, А 16. – 3, А 17. – 3, А 18. – 1,

В 19. -2, 3, 4; В 20. -1, 2, 5; В 21. -2, 3, 4; В 22. -1, 2, 4; В 23.- 2, 3, 6; В 24. 1 –Б; 2 –А; 3 – В;

В 25. - 1 –Б; 2 –В; 3 –А; В 26. –1 –В; 2-Б; 3 – А; 4 –Г; В 27. –1 –Г; 2 –Б; 3- В; 4-А

В 28. –1-А; 2 – В; 3 – Б; В 29. - 1 –А; 2- В; 3-Б

С 30.

Сестринский диагноз: дефицит знаний по технике измерения АД.

Краткосрочная цель: пациент осознает необходимость, научится измерять АД самостоятельно через 2 дня.

Долгосрочная цель: пациент будет измерять АД самостоятельно через 10 дней.

План обучения

1. Медсестра будет беседовать с пациентом по 10 мин. В течение 2-ух дней с целью убедить его в необходимости измерять АД самостоятельно.
2. Медсестра расскажет пациенту о различных видах аппаратов для измерения АД.
3. Медсестра поинтересуется финансовыми возможностями пациента и его семьи и даст совет, какой аппарат лучше приобрести для измерения АД самому себе (электронный, не нужен фонендоскоп)
4. Медсестра расскажет о технике измерения АД и сама все продемонстрирует, предложит все записать.
5. Медсестра предложить пациенту самому все рассказать
6. Медсестра сама продемонстрирует технику измерения АД на пациенте.
7. Медсестра вместе с пациентом ежедневно 2 раза в день будет измерять АД, при этом отвечать на все возникающие вопросы у пациента и будет хвалить его.
8. Медсестра предложит пациенту ежедневно продемонстрировать измерение АД самостоятельно.
9. Медсестра пригласит родственников пациента и предложит им обучиться технике измерения АД на случай, если пациент сам не сможет этого сделать.
10. Медсестра предложит памятку пациенту по технике измерения АД

Практические задачи

Задача №1

Пациент Сорокин Алексей Петрович 45 лет находится на лечении в хирургическом пульмонологическом отделении.

Первичная оценка состояния пациента:

Пациента беспокоит периодический кашель, сопровождающийся отхождением большого количества зловонной мокроты.

Вес 55кг, рост 175см. ЧДД - 22 в минуту, ЧСС -106 в минуту, АД 110\60 мм рт.ст., Т°тела - 37,2°.

Пациенту назначено принимать 4 раза в день по 40 минут дренажное положение, но А.П. не хочет этого делать, т.к. ему очень неудобно лежать в таком положении, и "мокрота и так хорошо отходит".

Задание:

1. Заполните лист первичной оценки.
2. Выявите проблемы пациента в потребности в нормальном дыхании и составьте план сестринского ухода (письменно).

Эталон ответа

Первичная оценка

Имеются ли проблемы с органами дыхания. Замечания: кашель с отхождением большого количества мокроты	да ☐	☐ нет
Одышка Замечания: нет	да ☐	☐ нет
Число дыханий 22 в мин. Частота пульса 106 в мин Пульс : ☐ регулярный ☐ нерегулярный. АД 110/60 мм рт. ст.		
Цвет /Теплота/ Чувствительность конечностей обычная. Замечания: нет		
Кашель Замечания: периодический с отхождением большого количества мокроты	да ☐	☐ нет
Является ли курильщиком Замечания: нет	да ☐	☐ нет
Требуется кислород Замечания: врачом не назначен	да ☐	☐ нет
Требуется ли специальное положение в постели Замечания: врачом назначено дренажное положение, но пациент от принимать, т.к. оно не удобно, а "мокрота и так хорошо отходит"	да ☐	☐ нет

План ухода

Проблема	Цели с\в	Сестринское вмешательство	Текущая оценка	Итоговая оценка
Пациент не хочет принимать положение, улучшающее отхождение мокроты (дренажное положение)	Пациент принимает положение, улучшающее отхождение мокроты (дренажное положение)	1. Объяснить необходимость принимать дренажное положение. 2. Показать, какое дренажное положение должен принимать пациент. 3. Помогать пациенту принимать дренажное положение. 4. Следить за тем, чтобы пациент самостоятельно принимал дренажное положение. 5. Следить за наполнением плевательницы и регулярно менять ее.	4-5 раз в день по мере необходимости принять данное положение.	Через 3 дня пациент принимает самостоятельно положение, улучшающее отхождение мокроты (дренажное положение).
Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-4	Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-2
Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____
Итог				

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0-7	8 - 9	10 - 11	12

Задача №2

Пациент Данилов А. В. 48 лет поступает на лечение в пульмонологическое отделение с обострением бронхо - легочного заболевания.

Первичная оценка состояния пациента:

Пациента беспокоит частый кашель с серозно-гнойной мокротой, которую пациент собирает носовой поток или сплевывает раковину.

Вес 75кг, рост 175см. ЧДД - 20 в минуту, ЧСС -106 в минуту, АД 110\60 мм рт.ст., Т°тела - 38,5° утром и 39,4 вечером. Курит в течение многих лет по 10-15 сигарет в день.

Задание:

1. Заполните лист первичной оценки.
2. Выявите проблемы пациента в потребности в нормальном дыхании и составьте план сестринского ухода (письменно).

Эталон ответа

Первичная оценка

Имеются ли проблемы с органами дыхания Замечания: <i>нет</i>	да ☐ ☐ нет
Одышка Замечания: <i>нет</i>	да ☐ ☐ нет
Число дыханий 20 в мин. Частота пульса 106 в мин Пульс: регулярный нерегулярный. АД 110/60 мм рт.ст.	
Цвет /Теплота/ Чувствительность конечностей <i>обычная</i> Замечания: <i>нет</i>	
Является ли курильщиком Замечания: <i>по 10-15 сигарет в день</i>	да ☐ ☐ нет
Кашель частый с серозно-гнойной мокротой. Замечания: <i>мокроту пациент собирает в носовой поток или сплевывает раковину. Необходимо обучить пользоваться плевательницей.</i>	да ☐ ☐ нет
Требуется ли кислород Замечания: <i>врачом не назначен</i>	да ☐ ☐ нет
Требуется ли специальное положение в постели Замечания: <i>нет</i> Замечания: <i>нет</i>	да ☐ ☐ нет

План ухода

Проблема	Цели с\в	Сестринское вмешательство	Текущая оценка	Итоговая оценка
----------	----------	---------------------------	----------------	-----------------

Пациент не пользуется плевательницей	Пациент пользуется плевательницей	1.Объяснить пациенту, почему необходимо пользоваться плевательницей 2.Обучить пациента пользоваться плевательницей 3. Обеспечивать пациента чистыми плевательницами 4.Следить за наполнением плевательницы.	3-4 раза в день во время смены плевательниц.	Пациент пользуется плевательницей через день.
Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-4	Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-2
Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____
Итог				

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0-7	8 - 9	10 - 11	12

Задача №3

Пациент И., 32 лет, госпитализирован в терапевтическое отделение стационара с жалобами на тяжесть и боли в эпигастральной области, появляющиеся через 3 часа после приёма пищи, купирующиеся приёмом пищи, щёлочи; периодически рвоту, снижающую боли. Болеет в течение 5 лет. Обострения возникают каждую весну и осень. Работает водителем троллейбуса. Питается всухомятку. Аппетит хороший. Любит приправы,соусы, острые и копченые блюда. На работе пьет жидкости мало.

Эталоны ответов

Эталон ответа к задаче №3

Первичная оценка

Хороший ли аппетит Замечания: <i>Любит приправы, соусы, острые и копченые блюда. В данный момент не знает, какое питание необходимо при его заболевании</i>	☐ да ☐ нет
Нужно ли обращение к диетологу Замечания: <i>нет</i>	☐ да ☐ нет
Требуется ли специальный совет по диете Замечания: <i>нет</i>	☐ да ☐ нет
Болеет ли пациент сахарным диабетом Если да, то как реагирует заболевание: /диета/ /инсулин/ сахароснижающие таблетки/ Замечания: <i>нет</i>	☐ да ☐ нет

Пьет жидкости достаточно	☐ да ☐ нет
Замечания: <i>нет</i>	
Ограничение жидкости	☐ да ☐ нет
Замечания: <i>нет</i>	
Пьет жидкости много	☐ да ☐ нет
Замечания: <i>нет</i>	
Водный баланс ☐ положительный ☐ отрицательный ☐ <u>не определялся</u>	☐ да ☐ нет
Замечания: <i>нет</i>	
Имеются ли зубы верх низ полностью	☐ да ☐
нет	
Замечания: <i>нет</i>	

План ухода

Проблема	Цели с\в	Сестринское вмешательство	Кратность оценки	Итоговая оценка
Не знает принципов диетического питания при язвенной болезни 12-перстной кишки.	Пациент соблюдает принципы диетического питания.	1. Беседа с пациентом о принципах диетического питания при заболевании 12-ти перстной кишки. 2. Обеспечить литературой о диетическом питании. 3. Рассказать родственникам о характере передач. 4. Контролировать передачи. 5. Следить за количеством и качественным составом пищи.	Однократно Однократно Однократно Ежедневно 5-6 раз в день	Соблюдает принципы диетического питания.
Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-4	Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-2
Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____
Итог				

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0-7	8 - 9	10 - 11	12

Эталон ответа к задаче

Первичная оценка

Хороший ли аппетит <i>повышенный</i>	☐ да ☐ нет
Замечания: <i>требуется специальный совет по питанию, связанный с назначением диеты №9.</i>	
Нужно ли обращение к диетологу	☐ да ☐ нет
Замечания: <i>требуются рекомендации по принципам диеты №9.</i>	
Требуется ли специальный совет по диете	☐ да ☐ нет
Замечания: <i>пациент нуждается в консультации по соблюдению диеты №9.</i>	
Болеет ли пациент сахарным диабетом	☐ да ☐ нет
Если да, то каким образом поддерживает уровень сахара в крови: /диета/ <u>/инсулин/</u> сахороснижающие таблетки/	

Замечания: <i>нет</i>	
Пьет жидкости достаточно Замечания: <i>не хочет пить несладкую воду</i> Ограничение жидкости Замечания: <i>нет</i> Пьет жидкости много Замечания: <i>нет</i>	☐ да ☐ нет ☐ да ☐ нет ☐ да ☐ нет
Водный баланс ☐ положительный ☐ отрицательный ☐ <u>не определялся</u> ☐ да ☐ нет Замечания: <i>нет</i>	
Употребление алкоголя <i>не употребляет</i> ☐ да ☐ нет Замечания: <i>нет</i>	
Имеются ли зубы верх низ полностью ☐ да ☐ нет Замечания: <i>нет</i>	
Имеются ли съемные зубные протезы верх низ полностью ☐ да ☐ нет Замечания: <i>нет</i>	

План ухода

Проблема	Цели с\в	Сестринское вмешательство	Кратность оценки	Итоговая оценка
Пациент не знает принципов диетического питания при сахарном диабете.	Пациент соблюдает принципы диетического питания.	1. Рассказать пациенту и родственникам о диете, необходимой при сахарном диабете. 2. Рекомендовать литературу. 3. Оценка соотношения роста и веса. 4. Следить за соблюдением диеты. 5. Предложить пациенту пить жидкости 1,5-2 л день (несладкий чай, минеральная вода без газов, отвар шиповника): 8.00-13.00 – 600мл (300 мл - чай, 300мл - мин. вода); 13.00-18.00 - 600 мл. (300 мл - несладкий компот, 300мл - несладкий чай) 18.00 - 22.00 – 300мл (300мл - отвар шиповника, 300 мл - чай).	Однократно По необходимости и По назначению врача По назначению врача.	Пациент соблюдает диету, необходимую при сахарном диабете.
Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-4	Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-2
Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____
Итог				

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0-7	8 - 9	10 - 11	12

Задача 4

Пациент А., 46 лет, находится на лечении в хирургическом отделении стационара. 7 дней назад была проведена операция наложения колостомы.

Первичная оценка состояния:

ЧДД – 24/мин., пульс – 80/мин., АД -120/70 мм 24Т.ст., t^0 тела – 36.7⁰С.

Рост – 182 см, масса тела – 86 кг.

Обычно мочеиспускание 4 раза в день, ночью не мочится. Из колостомы выделяются жидкие каловые массы. Жидкости пьет до 1,5 л в сутки. Пациента беспокоит, что он самостоятельно не сможет ухаживать за колостомой в домашних условиях.

Эталон ответа к задаче №4

Первичная оценка

Функционирование мочевого пузыря (частота, ночное время) 4 раза днем, ночью не мочится Замечания: нет
Функционирование кишечника (регулярность): из колостомы выделяются жидкие каловые массы Замечания: нет
Используются легкие слабительные средства ☐ да ☒ нет Указать какие (название, количество и частоту приема) Замечания: нет
Искусственное отверстие (<u>колостома</u> , илеостома, эпицистостома, уростома) ☐ да ☒ нет Замечания: не умеет ухаживать за колостомой
Постоянный катетер ☐ да ☒ нет Замечания: нет
Недержание мочи ☐ да ☒ нет Замечания: нет
Недержание кала ☐ да ☒ нет Замечания: нет

План ухода

Проблема	Цели с\в	Сестринское вмешательство	Кратность оценки	Итоговая оценка
Пациент не умеет ухаживать за колостомой.	Пациент обладает необходимыми навыками ухода за стомой без посторонней медицинской помощи до выписки из стационара.	1.Предоставить необходимые письменные рекомендации. 2.Обучить пациента необходимым навыкам доступными для него темпами. 3.Дать возможность выразить любые свои беспокойства, страхи. Дать правдивые ответы и разъяснения по всем вопросам. 4. Обучить пациента пользоваться ванной и туалетом во время замены калоприемника. 5. Записывать количество кала (по назначению врача).	По индивидуальной программе.	Пациентка умеет ухаживать за стомой к моменту выписки из стационара.
Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-4	Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-2
Полученный балл	Полученный балл	Полученный балл	Полученный балл	Полученный балл

Итог				
------	--	--	--	--

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0-7	8 - 9	10 - 11	12

Задача №5

Пациент Р., 52 лет, доставлен бригадой «скорой» помощи в неврологическое отделение стационара с жалобами на головную боль, чувство онемения в левой руке и левой ноге. Онемение почувствовал 2 дня назад после конфликтной ситуации на работе.

Первичная оценка состояния:

ЧДД - 20/мин., пульс - 104/мин., АД -220/115 мм рт.ст., t° тела -36,6°С.

Рост - 161 см, масса тела - 80 кг.

У пациента неподвижны левая рука и нога. Полностью зависим. Нуждается в помощи 2х человек при перемещении в кровати. Риск развития пролежней по шкале Ватерлоу 14 баллов.

Эталон ответа к задаче №5

Первичная оценка

Зависимость ☐ <u>полностью</u> ☐ частично ☐ независим	
Замечания: требуется помощь в уходе в связи с полной зависимостью.	
Риск развития пролежней по шкале Ватерлоу 14 баллов. Необходима профилактика осложнений со стороны опорно-двигательной, дыхательной, мочевыделительной системы	
Применяются ли приспособления при ходьбе	☐ да ☒ нет
Замечания: пока не ходит	
Существуют ли сложности при ходьбе	☐ да ☒ нет
Замечания: будет нуждаться помощи при ходьбе	
Как далеко может ходить пешком по отделению: пока не ходит	
Замечания: потенциально могут возникнуть трудности при ходьбе	
Передвижение ☐ <u>с помощью 2х человек</u> ☐ с помощью одного человека ☐ без посторонней помощи	
Замечания: нет	
Ходьба пешком ☐ с помощью двух человек ☐ с помощью одного человека ☐ без посторонней помощи	
Замечания: пока не ходит	

План ухода

Проблема	Цели с\в	Сестринское вмешательство	Кратность оценки	Итоговая оценка
Риск развития контрактуры суставов и гипотрофии мышц.	Контрактура суставов отсутствует. Мышечный тонус не снижается.	1. Объяснить причины возникновения тугоподвижности суставов и контрактур. Объяснить важность упражнений. 2. Выполнять с пациентом упражнения в пределах подвижности суставов, упражнения на сопротивление, помогать	По мере необходимости 2 раза в день	Контрактура суставов отсутствует. Мышечный тонус не снижается.

		увеличивать амплитуду движений. 3. Использовать упор для стоп во избежания провисания. 4. Поддерживать кисти в удобном положении. 5. Обучать родственников участвовать в перемещениях пациента.	При каждом перемещении При каждом перемещении Постоянно	
Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-4	Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-2
Полученный балл	Полученный балл	Полученный балл	Полученный балл	Полученный балл
Итог				

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0-7	8 - 9	10 - 11	12

Задача №6

Пациент Ц., 56 лет, госпитализирован в неврологическое отделение с жалобами на боль в области правого уха.

Заболел впервые.

Первичная оценка состояния пациента:

Пульс - 88/мин., аритмичный, ЧДД - 22/мин., АД - 130\90 мм рт. ст., t° тела - 37,0°C.

Рост -170 см, масса тела - 85 кг.

Кожные покровы бледно-розовой окраски и умеренной влажности. Отмечается сильный тремор рук. Личную гигиену старается соблюдать самостоятельно. Привык бриться безопасной бритвой, в связи с чем, нуждается в помощи при бритье. Помощь медсестры принимает с удовольствием.

Активен в пределах отделения. Пациент одет в спортивные брюки и рубашку с мелкими пуговицами, которые не может самостоятельно застегнуть.

Эталон ответа к задаче №6

Первичная оценка

Способен одеваться и раздеваться самостоятельно	
☐ да ☐ нет	
Замечания: <i>одет в спортивные брюки и рубашку с мелкими пуговицами, которые не может самостоятельно застегнуть. Нуждается в замене рубашки</i>	
Имеются ли трудности	
при раздевании	☐ да ☐ нет
при одевании	☐ да ☐ нет
Замечания <i>не может самостоятельно застегнуть пуговицы на рубашке. Нуждается в рубашке без пуговиц или в специальном приспособлении для застегивания пуговиц.</i>	
Пользуется ли помощью в обычных условиях	
☐ да ☐ нет	
Замечания: <i>нет</i>	
Заботится ли о своей внешности в обычных условиях?	
☐ да ☐ нет	
Замечания: <i>нуждается в помощи при бритье, т.к. бреется безопасной бритвой.</i>	
<i>Помощь в осуществлении личной гигиены в связи с тремором рук.</i>	

Способность выполнять самостоятельно	☐ да ☐ нет
Мытье всего тела	☐ да ☐ нет
Ухаживать за полостью рта	☐ да ☐ нет
Замечания: <i>нуждается в помощи при осуществлении личной гигиены</i>	
Состояние кожи: <i>кожные покровы обычной окраски и влажности</i>	
Замечания: <i>нет</i>	
Провести оценку риска пролежней по шкале Ватерлоу <i>Сумма баллов 6 – риска развития пролежней нет</i>	
Замечания: <i>нет</i>	
Имеется ли давление на костные выступы ☐ да ☐ нет	
Замечания: <i>нет</i>	

План ухода

Проблема	Цели с\в	Сестринское вмешательство	Кратность оценки	Итоговая оценка
Пациент не может самостоятельно бриться из-за тремора рук.	1. Пациент бреется с помощью сестры /родственников .	1. Оценить способности пациента самостоятельно выполнять гигиенические процедуры, одеваться. 2. Обучить родственников оказанию помощи . 3. Посоветовать бриться электрической бритвой. 4. Побуждать пациента быть более независимым в пределах своих возможностей. 5. Рекомендовать родственникам приносить в больницу электрическую бритву.	Однократно В индивидуальном режиме Однократно	Пациент бреется с помощью сестры/ родственников.
Пациент не может самостоятельно застегивать мелкие пуговицы на рубашке.	1. Пациент застегивает пуговицы с помощью сестры\ родственников.	1. Оценить способности пациента самостоятельно застегивать пуговицы. 2. Помогать пациенту застегивать пуговицы . 3. Попросить родственников принести одежду с большими пуговицами или без пуговиц.	Однократно В индивидуальном режиме	1. Пациент застегивает пуговицы с помощью сестры\ родственников.
	2. Пациент одет в рубашку без пуговиц или с большими пуговицами.			2. Пациент одет в рубашку без пуговиц или с большими пуговицами.
Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-4	Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-2

Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____
Итог				

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0-7	8 - 9	10 - 11	12

Задача №7

Больному при температуре тела 41° С были введены жаропонижающие препараты. Через 20 минут температура снизилась до нормы до 36,8⁰, но состояние больного ухудшилось: появилась резкая слабость, бледность кожных покровов, пульс нитевидный, падение АД до 80/20 мм рт.ст, конечности холодные, белье (постельное и нательное) мокрое от пота.

Определите, в какой стадии лихорадки находится пациент, состояние пациента, и укажите тактику медицинской сестры

Эталон ответа к задаче №7

Первичная оценка

Температура тела в момент обследования 36,8⁰С ☐ повышена ☐ понижена ☒ **нормальная**
 Замечания: *Оказание неотложной помощи. Резкое падение температуры за 20 минут с 41° С до нормы до 36,8⁰. резкая слабость, бледность кожных покровов, пульс нитевидный, падение АД до 80/20 мм рт.ст, конечности холодные, белье (постельное и нательное) мокрое от пота.*

План ухода

Проблема	Цели с\в	Сестринское вмешательство	Кратность оценки	Итоговая оценка
3 стадия лихорадки. Критическое снижение температуры Коллапс	Оказание неотложной помощи. Ухудшения состояния не будет	1. позвать врача 2. поднять ножной конец кровати и убрать подушку из-под головы 3. хорошо укрыть больного одеялами к рукам и ногам пациента приложить грелки 4. дать увлажненный кислород 5.следить за состоянием нательного и постельного белья (по мере необходимости нужно менять) 6. контролировать АД, пульс 7. контролировать мочеиспускание	Срочно Немедленно По назначению врача Постоянно	Ухудшения состояния нет. Пациент чувствует себя удовлетворительно
Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-4	Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-2
Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____
Итог	—			

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0-7	8 - 9	10 - 11	12

Задача №8

Пациент Миронов Павел Романович 76 лет, находится на лечении в терапевтическом отделении.

Первичная оценка состояния пациента:

ЧДД - 22 в минуту, ЧСС - 100 в минуту, АД - 140\90 мм рт.ст., T⁰ тела - 36,5⁰. Рост –167 см, вес – 70 кг,

Стул 1 раз в 4 дня после обеда. Длительно принимает слабительные средства. В больнице режим дефекации остался прежним. Днем мочится 6-7 раз. Ночью – 1 раз. Мочится продолжительное время и обязательно стоя. Туалет находится далеко от палаты, где лежит П.Р. и из-за слабости пациент часто не успевает дойти до туалета.

Эталон ответа к задаче №8

Функционирование мочевого пузыря (частота, ночное время) *6-7 раз днем, 1 ночью* Замечания: *Мочится продолжительное время и обязательно стоя. Туалет находится далеко от палаты, где лежит П.Р. и из-за слабости пациент часто не успевает дойти до туалета.* ☐ да ☐ нет

Функционирование кишечника (регулярность): *стул обычно 1 раз в 4 дня после обеда в больнице режим дефекации не изменился* Замечания: *нет* ☐ да ☐ нет

Используются легкие слабительные средства ☐ да ☐ нет

Указать какие (название, количество и частоту приема) *иногда слабительные средства* ☐ да ☐ нет

Замечания: *нет*

Искусственное отверстие (колостома, илеостома, эпицистостома, уростома) ☐ да ☐ нет

Замечания: *нет*

Постоянный катетер Замечания: *нет* ☐ да ☐ нет

Недержание мочи Замечания: *нет* ☐ да ☐ нет

Недержание кала Замечания: *нет* ☐ да ☐ нет

План ухода

Проблема	Цели с\в	Сестринское вмешательство	Текущая	Итоговая оценка
Пациент часто не доходит во время до туалета	Пациент не испытывает дискомфорта в связи с тем, что не успевает дойти до туалета	1.Предложить пациенту передвигаться до туалета на кресле-каталке с помощью сестры / родственников. 2.Предложить использовать судно 3.Обеспечить связь с медсестрой	5-6 раз в день	Пациент успевает дойти до туалета

4.Предложить
пользоваться внешним
катетером

Исх. балл 0-2
Полученный
балл _____
Итог

Исх. балл 0-2
Полученный
балл _____

Исх. балл 0-4
Полученный
балл _____

Исх. балл 0-2
Полученный
балл _____

Исх. балл 0-2
Полученный
балл _____

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0-7	8 - 9	10 - 11	12

Вопросы для подготовки к дифференцированному зачету по МДК 01.01 Теория и практика сестринского дела

- История сестринского дела:
 - Исторические события, повлиявшие на развитие сестринского дела.
 - Основоположники сестринского дела.
 - Основные направления реформирования сестринского дела в РФ на современном этапе.
- Философия сестринского дела:
 - Основные понятия философии сестринского дела.
 - Этические компоненты философии сестринского дела.
 - Основные положения этического Кодекса Международного Совета медицинских сестер и Этического Кодекса медицинских сестер России.
- Общение в сестринском деле:
 - Морально-этические нормы, правила и принципы профессионального сестринского поведения.
 - Функции общения.
 - Уровни общения: внутриличностные, межличностные, общественные.
 - Типы общения: вербальное и невербальное.
 - Каналы общения: устная речь, письменное общение (написанные слова, символы), неречевое общение (мимика, жесты).
 - Элементы эффективного общения (отправитель, сообщение, канал, получатель, подтверждение).
 - Факторы, способствующие и препятствующие эффективному общению.
 - Стили общения.
 - Поддержание связи с пациентами, неспособными к вербальному общению.
 - Критерии эффективного общения.
 - Обучение в сестринском деле:
 - Сферы обучения: познавательная, эмоциональная, психомоторная.
 - Методы и средства обучения.
 - Цели обучения: промежуточные, конечные. Условия достижения целей.
 - Факторы, способствующие эффективному обучению.
 - Этапы учебного процесса.
- Иерархия потребностей человека по А. Маслоу. Модели сестринского дела:
 - Уровни основных человеческих потребностей по А. Маслоу и потребности повседневной жизни по В. Хендерсон.
 - Основные положения модели сестринского ухода В. Хендерсон.
- Сестринский процесс:
 - Определение, значение для сестринской практики, этапы.

- Документирование этапов сестринского процесса.
- 6. Физиологические потребности пациента:
 - Первичная оценка потребностей. Признаки нарушения физиологических потребностей.
 - Возможные проблемы пациента в связи с нарушением физиологических потребностей.
 - Определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения физиологических потребностей.
 - Возможные сестринские вмешательства при нарушении удовлетворения физиологических потребностей.
 - Оценка сестринского ухода при нарушении удовлетворения физиологических потребностей.
- 7. Потребности пациента в безопасности. Социальные потребности. Общая характеристика.

Билет №1

Ситуация

Пациент Р., 63 лет, госпитализирован в терапевтическое отделение стационара с жалобами на сухой кашель, одышку, общее недомогание, чувство жара, усиленное потоотделение. Заболел несколько дней назад, когда температура тела повысилась до 39⁰С.

Первичная оценка состояния:

ЧДД – 26/мин., пульс – 106/мин., АД - 110/70 мм рт.ст., t⁰ тела – 38,0⁰С.

Рост – 186 см, масса тела – 80 кг.

Кожные покровы гиперемированы, влажные на ощупь. Температура тела сохраняется высокой. Пациент укрывается ватным одеялом, одет в теплую пижаму. Не понимает необходимости укрыться более легким одеялом и сменить одежду.

Задания

1. Заполнить лист первичной сестринской оценки состояния пациента.
2. Определить проблему и поставить цель.
3. Составить план сестринского ухода.

Билет №2

Ситуация

Пациент Ц., 76 лет, госпитализирован в терапевтическое отделение стационара на лечение с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при физической нагрузке, кашель с выделением мокроты, периодические приступы удушья по ночам.

Со слов пациента курит в течение 15 лет по 20-25 сигарет в сутки. Очень хотел бы уменьшить количество выкуриваемых сигарет, но не знает как.

Первичная оценка состояния:

ЧДД – 26/мин., пульс – 106/мин., АД - 145/80 мм рт. ст., t⁰ тела - 36,5⁰С.

Рост 186 см, масса тела 80 кг.

Акроцианоз, кожные покровы прохладные на ощупь, чувствительность конечностей сохранена. Пациент занимает вынужденное положение – полусидячее. Пациент не понимает, зачем нужна плевательница и мокроту выделяет в раковину, чем вызывает недовольство соседей по палате.

Задания

1. Заполнить лист первичной сестринской оценки состояния пациента.
2. Определить проблему и поставить цель.

3. Составить план сестринского ухода.

Эталоны ответа и критерии оценки

Экспертный лист к билету № 1

Первичная оценка

Температура тела в момент обследования 38,0° С ☒ повышена ☐ понижена ☐ нормальная
Замечания: *необходим уход при втором периоде лихорадки. Не понимает необходимости сменить одеяло на более легкое. Врач рекомендовал измерять температуру каждые 3 часа*

План ухода

Проблема	Цели с\в	Сестринское вмешательство	Кратность оценки	Оценка результата
Не понимает необходимость и укрыться более легким одеялом, сменить одежду.	1. Температу́ра тела у пациента будет снижаться. 2. Пациент укроется более легким одеялом с помощью сестры или одственников. 3. Пациент сменит одежду.	1. Измерять температуру тела. 2. Регистрировать результаты измерения температуры. 3. Рекомендовать х/б постельное белье и одежду. 4. Объяснить необходимость укрыться более легким одеялом, сменить одежду. 5. Осуществлять все процедуры, увеличивающие теплоотдачу (холодный компресс). 6. Вводить жаропонижающие лекарственные средства. 7. Консультация врача.	Каждые 3 часа Каждые 3 часа По мере необходимости По мере необходимости Не менее 5 раз в день По назначению врача При любом ухудшении состояния и самочувствия пациента	Пациент укрылся более легким одеялом, сменил одежду.
Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-4	Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-2
Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____
Итого баллов за задание				

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0-7	8 - 9	10 - 11	12

Экспертный лист к билету № 2

Первичная оценка

Имеются ли проблемы с органами дыхания <i>кашель с выделением мокроты, одышка в покое, усиливающаяся при физической нагрузке, периодические приступы удушья по ночам</i> Замечания: <i>нет</i>	☒ да ☐ нет
Одышка <i>в покое, усиливающаяся при физической нагрузке</i> Замечания: <i>нет</i>	☒ да ☐ нет
Число дыханий 26 в мин. Частота пульса 106 в мин. Пульс: ☐ <i>регулярный</i> ☐ нерегулярный. АД 145/80 мм рт.ст. Замечания: <i>пациент нуждается в наблюдении за дыханием и пульсом</i>	
Цвет /Теплота/ Чувствительность конечностей <i>акроцианоз, прохладные на ощупь, чувствительность конечностей сохранена</i> Замечания: <i>нет</i>	
Кашель <i>с выделением мокроты</i> Замечания: <i>мокроту сплевывает в раковину. Необходимо обучить пользоваться плевательницей</i>	☒ да ☐ нет
Является ли курильщиком Замечания: <i>курит в течение 15 лет по 20-25 сигарет в сутки. Очень хотел бы уменьшить число выкуриваемых сигарет, но не знает как</i>	☒ да ☐ нет
Требуется кислород Замечания: <i>врачом не назначен</i>	☐ да ☒ нет
Требуется ли специальное положение в постели Замечания: <i>пациент принимает вынужденное полусидячее положение в постели из-за одышки</i>	

План ухода

Проблема	Цели с\в	Сестринское вмешательство	Текущая оценка	Итоговая оценка
Пациент не умеет (не хочет) пользоваться плевательницей.	Пациент пользуется плевательницей.	1.Объяснить пациенту, почему необходимо пользоваться плевательницей. 2.Обучить пациента пользоваться плевательницей. 3.Обеспечивать пациента чистыми плевательницами. 4. Следить за наполнением плевательницы.	3-4 раза в день во время смены плевательниц.	Пациент пользуется плевательницей через 2 дня.

Пациент не знает, как можно уменьшить число выкуриваемых сигарет.	1.Пациент знает о влиянии курения на свое заболевание. 2.Пациент выкуривает до 15 сигарет в день через 7 дней.	1.Рассказать пациенту о влиянии курения на легкие при дыхательной недостаточности. 2.Дать спец. литературу, рассказывающую о влиянии курения на здоровье человека. 3.Обучить пациента методам уменьшения количества выкуриваемых сигарет. 4.Пригласить к пациенту врача-нарколога.	1р в день вечером (необходимо записать, сколько сигарет пациент выкурил за сутки).	Итоговая оценка через 7 дней Пациент знает о вреде курения. Через 7 дней пациент уменьшил число выкуриваемых сигарет до 15 шт.
Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-4	Исх. балл 0-2	Исх. балл 0-2
Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____	Полученный балл _____
Итого баллов за задание				

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0-7	8 - 9	10 - 11	12

2.2. Типовые задания для оценки освоения МДК 01.02 Безопасная среда для пациента и персонала

Примерные практические задания

ОБРАБОТКА РУК НА ГИГИЕНИЧЕСКОМ УРОВНЕ

№ п/п	Этапы	Исходный балл	Полученный балл
I вариант			
<i>Подготовка к процедуре</i>			
1.	Осмотреть руки. При наличии воспалительных явлений или повреждений на коже поставить в известность старшую медицинскую сестру. Снять украшения, наручные часы. При наличии локальных воспалений после антисептической обработки заклеить поврежденные участки кожи пластырем и надеть напальчник.	1	
2.	Открыть кран, отрегулировать температуру воды (35-40°).	1	
<i>Выполнение процедуры</i>			
3.	Смочить руки под струей воды.	1	
4.	Нанести жидкое мыло на ладонь. Вспенить мыло и обмыть водопроводный кран (локтевой кран не	1	

	обмывается).		
5.	Нанести повторно жидкое мыло на ладонь, вспенить. Далее производить следующие движения: тереть ладонью о ладонь, включая запястья. Примечание: начиная с 6-го, каждое движение повторяется 5 раз.	1	
6.	Правая ладонь на левую тыльную сторону кисти и левая ладонь на правую тыльную сторону кисти.	1	
7.	Тереть ладони со скрещенными растопыренными пальцами не менее 1 мин. Примечание: уделять внимание межпальцевым пространствам.	1	
8.	Тыльной стороной согнутых пальцев по ладони другой руки.	1	
9.	Поочередно круговыми движениями тереть большие пальцы рук.	1	
10.	Поочередно разнонаправленными круговыми движениями тереть ладони кончиками пальцев противоположной руки.	1	
Окончание процедуры			
11.	Смыть мыло с рук.	1	
12.	Закрыть локтем кран. Примечание: если кран винтовой, закрыть кран с помощью бумажной салфетки.	1	
13.	Просушить руки с помощью одноразовой салфетки.	1	
14.	Нанести на ладони 3-5 мл антисептического средства и тщательно втереть в кожу, с помощью вышеописанной техники, до полного высыхания. Примечание: антисептическое средство втирают в кожу в течение 30 сек. Обработку антисептиком проводят в том же порядке, что и при мытье рук с мылом.	1	
II вариант			
Выполнение процедуры			
15.	Нанести на ладони 3-5 мл антисептического средства и тщательно втереть в кожу, с помощью вышеописанной техники, до полного высыхания. Примечание: антисептическое средство втирают в кожу в течение 30 сек.	1	

	<i>Обработку антисептиком проводят в том же порядке, что и при мытье рук с мылом.</i>		
16.	Надеть перчатки.	1	
Итог		16	

Критерии оценки: 100% - 60% (10 - 16 баллов)
59% и менее (9 баллов и менее)

вид деятельности освоен
вид деятельности не освоен

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 9	10 - 13	14 - 15	16

АЛГОРИТМ НАДЕВАНИЯ СТЕРИЛЬНЫХ ПЕРЧАТОК

№ п/п	Этапы	Исходный балл	Полученный балл
1.	Вымыть руки на гигиеническом или хирургическом уровне.	1	
2.	Взять перчатки в стерильной упаковке, развернуть, касаясь только внутренней поверхности перчаток.	1	
3.	Взять перчатку для правой руки за отворот так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности перчатки. Сомкнуть пальцы правой руки и ввести их в перчатку.	1	
4.	Надеть перчатку, не нарушая ее отворота, разомкнув пальцы правой руки.	1	
5.	Взять перчатку для левой руки вторым, третьим и четвертым пальцами правой руки (в перчатке) за отворот так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности перчатки.	1	
6.	Сомкнуть пальцы левой руки и ввести их в перчатку.	1	
7.	Расправить отвороты на левой, затем правой перчатке, натянув их на рукав.	1	
Итог		7	

Критерии оценки: 100% - 60% (5 - 7 баллов)
59% и менее (4 балла и менее)

вид деятельности освоен
вид деятельности не освоен

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 4	5	6	7

ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПРЕДМЕТОВ УХОДА
(судна)

№ п/п	Этапы	Исходный балл	Полученный балл
Подготовка к процедуре			
1.	Надеть спецодежду.	1	
2.	Подготовить оснащение, проверить маркировку.	1	
3.	Налить в емкость для приготовления дезинфицирующего раствора 6790мл воды. Примечание: <i>раствор готовится из расчета на 1 литр.</i>	1	
4.	В мерную посуду отлить 210 грамм дезинфицирующего средства « Хлорамин» и добавить в емкость с водой.	1	
5.	Перемешать раствор деревянной лопаткой.	1	
6.	Закрыть крышкой.	1	
7.	Проверить маркировку емкости и бирки.	1	
8.	Поставить дату приготовления раствора и подпись медсестры, приготовившей раствор. Примечание: <i>срок годности приготовленного раствора 10 суток, при хранении в закрытых ёмкостях (использовать раствор однократно).</i>	1	
9.	Снять спецодежду, вымыть руки, вытереть насухо.	1	
Выполнение процедуры			
10	Надеть спецодежду: халат, фартук, перчатки.	1	
11.	Забрать у пациента судно с физиологическими отправлениями	1	
12 .	Содержимое судна слить в канализацию (унитаз)	1	
13.	Судно погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором сразу после очистки, способ – погружение, так, чтобы раствор находился над поверхностью судна 5 – 10см	1	
14.	Выдержать в соответствии с методическими указаниями. По истечении экспозиции, судно промыть под проточной водой.	1	
15	Просушить на специальном промаркированном стеллаже. Хранить в сухом виде, в санитарной комнате.	1	
Окончание процедуры			

16.	Снять спецодежду. Снять перчатки, поместить их в дезинфицирующий раствор.	1	
17.	Вымыть руки.	1	
18.	Сделать отметку в медицинской документации.	1	
ИТОГ		18	

Критерии оценки: 100 – 60% (12– 18 баллов)
59% и менее (11 баллов и менее)

вид деятельности освоен
вид деятельности не освоен

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 11	12- 14	15 - 16	17 - 18

ОБРАБОТКА ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОЮЩЕГО СРЕДСТВА «БИОЛОТ»

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен балл
1.	Надеть защитную одежду (халат, маску, перчатки).	1	
2.	Приготовить «моющий комплекс»: «Биолот» - 5 г; - Вода питьевая – 995 г.	1	
3.	Подогреть полученный раствор до температуры 40-45 ⁰ . С помощью водного термометра проверить температуру моющего раствора.	1	
4.	Полностью погрузить в емкость с моющим раствором изделия медицинского назначения в разобранном виде, закрыть крышкой. Примечание: - замачивать колющие и режущие инструменты в отдельных емкостях; - внутренние каналы игл, трубчатых изделий заполнить моющим раствором с помощью шприца или резинового баллончика.	1	
5.	Выдержать изделия в моющем растворе 15 минут. Примечание: Через иглы пропустить моющий раствор.	1	
6.	С помощью ватно-марлевых тампонов, щеток или ершей промыть каждое изделие в течение 30 сек. и разложить их на сетку.	1	
7.	Промыть каждое изделие под проточной водой в течение 3 минут.	1	
8.	Ополоснуть каждое изделие в дистиллированной воде в течение 30 сек.	1	
9.	Просушить изделия до полного исчезновения влаги (например, в воздушно-сушильных шкафах с открытой дверцей при t= 80 ⁰ С).	1	
10.	Провести контроль качества предстерилизационной очистки инструментов с помощью азапирамовой, фенолфталеиновой пробы. Примечание: <i>Контроль качества проводится на сухих инструментах в количестве 1% отработанных инструментов.</i> При отрицательной пробе вся партия инструментов отправляется на повторную обработку.	1	
11.	Упаковать изделия в зависимости от вида и режима стерилизации.	1	
Итог		11	

Примечание: раствор можно использовать однократно.

**Критерии оценки: 100 – 60% (8 - 11 баллов)
59% и менее (2 балла и менее)**

**вид деятельности освоен
вид деятельности не освоен**

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 7	8	9 - 10	11

Задание №1

Голенков В.Г., 86лет, находится в стационаре, в отделении по уходу, на постельном режиме, Любит спать на боку, попросил медицинскую сестру уложить его для ночного сна на бок.

Задание: продемонстрируйте перемещение пациента в постели в положение "на боку".

ПОВОРАЧИВАНИЕ ПАЦИЕНТА И РАЗМЕЩЕНИЕ ЕГО В ПОЛОЖЕНИИ НА БОКУ

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен. балл
1.	Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться.	1	
2.	Объяснить цель и ход процедуры.	1	
3.	Получить согласие пациента на проведение процедуры.	1	
4.	Подготовить оснащение.	1	
5.	Вымыть руки. Надеть перчатки.	1	
6.	Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту.	1	
7.	Опустить боковые поручни (если они есть) с левой стороны пациента. Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение (или убрать подушки).	1	
8.	Передвинуть пациента ближе к левому краю кровати.	1	
9.	Сообщить пациенту, что он может помочь сестре, если скрестит руки на груди и положит левую ногу, согнутую в колене, под правую. Если он сам не может этого сделать, сестре следует помочь ему. Для этого сестре необходимо обхватить одной рукой тыл стопы пациента и переместить ее по направлению к тазу, скользя по кровати. Одновременно другой рукой, расположенной в подколенной впадине, приподнимать ногу вверх.	1	
10.	Поднять боковые поручни. Перейти на правую сторону кровати и опустить поручни.	1	
11.	Положить протектор на кровать рядом с пациентом. Встать как можно ближе к кровати, согнув одну ногу в колене. Поставить колено на протектор. Вторая нога является опорой, если уровень кровати не регулируется.	1	
12.	Положить левую руку на левое плечо пациента, а правую руку на его левое бедро и повернуть пациента на бок, перенося свой вес на ногу, стоящую на полу.	1	
13.	Подложить подушку под голову и шею пациента.	1	
14.	Выдвинуть вперед правое плечо пациента.	1	
15.	Подложить пациенту под спину сложенную подушку	1	

	(подушку сложить по длине и слегка подсунуть ее ровной поверхностью под спину пациента).		
16.	Поместить подушку под полусогнутую «верхнюю» ногу пациента, лежащую немного впереди нижней (от паховой области до стопы включительно).	1	
17.	Поместить мешок с песком (упор) у подошвы «нижнее» ноги.	1	
18.	Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту.	1	
19.	Провести дезинфекцию и утилизацию перчаток. Вымыть руки.	1	
20.	Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.	1	
Итог		20	

**Критерии оценки: 100 – 60% (13 – 20 баллов)
59% и менее (12 баллов и менее)**

**вид деятельности освоен
вид деятельности не освоен**

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 12	13 - 16	17 - 18	19 - 20

Задания в форме тестового контроля

Выберите один правильный ответ

1. Сколько классов медицинских отходов?

- 1) 3
- 2) 4
- 3) 5
- 4) 6

2. Класс пищевых отходов инфекционных отделений?

- 1) эпидемиологически безопасные
- 2) эпидемиологически опасные
- 3) чрезвычайно эпидемиологически опасные
- 4) токсикологически опасные

3. Какой класс отходов подлежит предварительной физической дезинфекции?

- 1) А
- 2) Б
- 3) В
- 4) Г

4. Какой класс отходов имеет жёлтую маркировку?

- 1) А
- 2) Б
- 3) В
- 4) Д

5. Какие отходы собирают в тару красного цвета?

- 1) защитные колпачки от игл
 - 2) остатки пищи
 - 3) кровавые марлевые салфетки
 - 4) непригодные дезинфицирующие средства
6. В течение какого времени можно хранить отходы в отделении (час.)?
- 1) не более 24
 - 2) 36
 - 3) не более 72
 - 4) 72 и более
7. Отходы класса А собирают?
- 1) в мусоропровод
 - 2) в непрокалываемый контейнер
 - 3) в мешок жёлтого цвета
 - 4) в пакет красного цвета
8. Какой отход эпидемиологически опасный?
- 1) лекарственный препарат с истекшим сроком годности
 - 2) кровавые ватные шарики
 - 3) рентгеновская плёнка
 - 4) ампула с цитостатиком
9. Объем для заполнения пакета с отходами?
- 1) 1/2
 - 2) 2/3
 - 3) 1/4
 - 4) 3/4
10. По окончании манипуляции для поддержания безопасности медицинский отход следует
- 1) ополоснуть под проточной водой
 - 2) погрузить в дезинфицирующий раствор
 - 3) опустить в ёмкость с дистиллированной водой
 - 4) размельчить на мелкие части
11. При нарушении правил безопасности при обращении с отходами возможно развитие
- 1) сепсиса
 - 2) ОРВИ
 - 3) СПИДа
 - 4) гепатита В

Эталоны ответов

1. - 3
2. - 3
3. - 3
4. - 2
5. - 3
6. - 1
7. - 1
- 8 - 2
9. - 4
10. - 2

Вопросы для подготовки к дифференцированному зачету по МДК 01.02 Безопасная среда для пациента и персонала

1. Продемонстрируйте технику обработки рук на гигиеническом уровне, одевание «стерильных» и снятие использованных перчаток.
2. Проимитируйте алгоритм приготовления 10% раствора осветленной хлорной извести.
3. Продемонстрируйте приготовление 3% раствора хлорамина и алгоритм проведения дезинфекции подкладного судна.
4. Проимитируйте алгоритм приготовления 3% раствора перексимада.
5. Проимитируйте алгоритм приготовления 2% раствора лизоформина 5л.
6. Проимитируйте алгоритм приготовления 0.1% раствора деохлора 5л.
7. Проимитируйте алгоритм проведения дезинфекции медицинских термометров.
8. Проимитируйте алгоритм проведения дезинфекции металлических шпателей, пинцетов.
9. Проимитируйте алгоритм дезинфекции клизмменных наконечников, кружки Эсмарха.
10. Проимитируйте алгоритм проведения дезинфекции грелки, пузыря для льда.
11. Проимитируйте проведение дезинфекции клеенки с кушетки после осмотра терапевтического пациента.
12. Объясните технологию проведения 1 этапа предстерилизационной обработки ИМН (дезинфекция).
13. Проимитируйте методику проведения 2 этапа предстерилизационной обработки ИМН (механическая очистка).
14. Проимитируйте алгоритм действий медработника в случае порезов и уколов во избежание заражения гемоконтактными инфекциями.
15. Соберите укладку для накрытия «стерильной» мини-зоны.
16. Виды уборки процедурного кабинета.
17. Продемонстрируйте размещение пациента в положение «Симса».
18. Продемонстрируйте перемещение пациента с кровати на стул и обратно (одним медработником).
19. Продемонстрируйте перемещение пациента к изголовью кровати методом «поднятия плечом» (австралийское поднятие).
20. Продемонстрируйте перемещение пациента к изголовью кровати при помощи натянутой простыни.
21. Продемонстрируйте перемещение пациента из положения «лежа на боку» в положение «сидя на кровати с опущенными ногами».
22. Продемонстрируйте перемещение пациента в положение «Фаулера».
23. Продемонстрируйте перемещение пациента в положение «на животе».
24. Продемонстрируйте перемещение пациента в положение «на бок».
25. Продемонстрируйте перемещение пациента в положение «на спине».
26. Продемонстрируйте метод удержания «падающего» на пол пациента и поднятие его с пола.

Задание №1

Продemonстрируйте технику надевания стерильных перчаток.

Задание №2

Продemonстрируйте технику размещения пациента в положении Симса.

Билет №2**Задание №1**

Продemonстрируйте технику снятия использованных перчаток.

Задание №2

Продemonстрируйте технику размещения пациента в положении Фаулера.

Оценочный лист к билету № 1**Задание №1**

Надевание стерильных перчаток

№ п/п	Этапы	Исходный балл	Полученный балл
1.	Вымыть руки на гигиеническом или хирургическом уровне.	1	
2.	Взять перчатки в стерильной упаковке, развернуть, касаясь только внутренней поверхности перчаток.	1	
3.	Взять перчатку для правой руки за отворот так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности перчатки. Сомкнуть пальцы правой руки и ввести их в перчатку.	1	
4.	Надеть перчатку, не нарушая ее отворота, разомкнув пальцы правой руки.	1	
5.	Взять перчатку для левой руки вторым, третьим и четвертым пальцами правой руки (в перчатке) за отворот так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности перчатки.	1	
6.	Сомкнуть пальцы левой руки и ввести их в перчатку.	1	
7.	Расправить отвороты на левой, затем правой перчатке, натянув их на рукав.	1	
Итог		7	

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
---------	-----	-----	-----	-----

Баллы	0-3	4-5	6	7
-------	-----	-----	---	---

Задание №2

Размещение пациента в положение Симса

№ п/п	Этапы	Исходный балл	Полученный балл
Подготовка к процедуре			
1.	Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться.	1	
2.	Объяснить цель и ход процедуры.	1	
3.	Получить согласие пациента на проведение процедуры.	1	
4.	Подготовить оснащение.	1	
5.	Вымыть руки. Надеть перчатки.	1	
Выполнение процедуры			
6.	Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту.	1	
7.	Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится сестра.	1	
8.	Сообщить пациенту, чтобы он скрестил руки на груди. Передвинуть пациента ближе к левому краю кровати.	1	
9.	Сообщить пациенту, что он может помочь сестре, если положит левую ногу под правую. Если он сам не может этого сделать, сестре следует помочь ему. Для этого сестре необходимо обхватить одной рукой тыл стопы пациента и переместить ее по направлению к тазу, скользя по кровати. Одновременно другой рукой, расположенной в подколенной впадине, приподнимать ногу вверх.	1	
10.	Поднять боковые поручни. Перейти на правую сторону кровати и опустить поручни.	1	
11.	Положить протектор на кровать рядом с пациентом. Встать как можно ближе к кровати, согнув одну ногу в колене. Поставить колено на протектор. Вторая нога является опорой, если уровень кровати не регулируется.	1	
12.	Положить левую руку на левое плечо пациента, а правую руку на его левое бедро и переместить пациента в положение «лежа на боку» и частично на животе (на матрасе - лишь часть живота пациента).	1	
13.	Выдвинуть правое «нижнее» плечо назад и освободить «нижнюю» руку из-под тела пациента, расположив ее вдоль тела. Подложить подушку под голову пациента.	1	
14.	Подложить под согнутую «верхнюю» руку подушку на уровне плеча. Расслабленную кисть поместить на валик.	1	
15.	Подложить под согнутую «верхнюю» ногу подушку так, чтобы нога оказалась на уровне бедра.	1	
16.	Обеспечить упор для нижней стопы под углом 90°.	1	
17.	Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить	1	

	простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту.		
Окончание процедуры			
18.	Провести дезинфекцию и утилизацию перчаток. Вымыть руки.	1	
19.	Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.	1	
Итог		19	

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 10	11 - 14	15 - 17	18 - 19

Максимальная оценка за билет № 1 - 26 баллов

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
%	0 - 59	60 - 80	81 - 90	91 - 100
Баллы	0 - 15	16-22	21-23	24-26

Критерии оценки: 100 – 60% (26 – 16 баллов) вид деятельности освоен
59 – 0 % (15 - 0 баллов) вид деятельности не освоен

Оценочный лист к билету № 2

Задание №1

Снятие использованных перчаток

№ п/п	Этапы	Исходный балл	Полученный балл
1.	Пальцами правой руки в перчатке сделать отворот на левой перчатке, касаясь ее с наружной стороны.	1	
2.	Пальцами левой руки сделать отворот на правой перчатке касаясь ее только с наружной стороны.	1	
3.	Снять перчатку с левой руки, выворачивая ее наизнанку и держа за отворот в правой руке.	1	
4.	Держать снятую с левой руки перчатку в правой руке.	1	
5.	Левой рукой взять перчатку на правой руке за отворот с внутренней стороны и снять, выворачивая ее наизнанку (левая перчатка оказалась внутри правой).	1	
6.	Погрузить обе перчатки в емкость с дезинфицирующим раствором.	1	
Итог		6	

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 3	4	5	6

Задание №2

Размещение пациента в положении Фаулера

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен балл
Подготовка к процедуре			
1.	Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться.	1	
2.	Объяснить цель и ход процедуры.	1	
3.	Получить согласие пациента на проведение процедуры.	1	
4.	Подготовить оснащение.	1	
5.	Вымыть руки. Надеть перчатки.	1	
Выполнение процедуры			
6.	Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту.	1	
7.	Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится сестра.	1	
8.	Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати. Убрать подушки.	1	
9.	Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить 3 подушки).	1	
10.	Усадить пациента как можно выше. Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье).	1	
11.	Слегка приподнять вверх подбородок пациента.	1	
12.	Отодвинуть верхние конечности пациента от его туловища и подложить под локти и кисти небольшие подушки.	1	
13.	Положить кисти на валики, покрытых салфетками.	1	
14.	Подложить пациенту тонкую подушку под поясницу.	1	
15.	Согнуть пациенту ноги в коленном и тазобедренном суставах, подложив под нижнюю треть бедра подушку или сложенное одеяло.	1	
16.	Подложить пациенту валик под нижнюю треть голени таким образом, чтобы пятки не касались матраса.	1	
17.	Обеспечить упор для стоп под углом 90°.	1	
18.	Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту.	1	
Окончание процедуры			
19.	Провести дезинфекцию и утилизацию перчаток. Вымыть руки.	1	
20.	Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.	1	
Итог		20	

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 9	10 - 13	14 - 19	20

Максимальная оценка за билет № 2 - 26 баллов

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
% %	0 - 59	60 - 80	81 - 90	91 - 100
Баллы	0 - 15	16-22	21-23	24-26

Критерии оценки: 100 – 60% (26 – 16 баллов) вид деятельности освоен
59 – 0 % (15 - 0 баллов) вид деятельности не освоен

2.3. Типовые задания для оценки освоения МДК 01.03 Технология оказания медицинских услуг

Примеры практических заданий

Задача №1

Умнягин П.П., 52 лет, наблюдается у врача эндокринолога по поводу ожирения третьей степени. Для очередного осмотра врачу эндокринологу необходимы антропометрические данные пациента.

Задание: проведите измерение роста и массы тела пациента.

ИЗМЕРЕНИЕ МАССЫ ТАЛА НА ЭЛЕКТРОННЫХ ВЕСАХ

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен. балл
Подготовка к процедуре			
1.	Объяснить цель и ход исследования и получить согласие пациента на процедуру.	1	
2.	Вымыть и осушить руки.	1	
3.	Положить одноразовую салфетку на площадку весов.	1	
4.	Включить тумблер, нажать кнопку «Старт» и на индикаторе высветятся символы 00.	1	
Выполнение процедуры			
5.	Попросить пациента снять обувь.	1	
6.	Предложить пациенту встать в центр площадки на салфетку без тапочек.	1	
7.	Снять и запомнить показания массы тела пациента с табло.	1	
8.	Сообщить пациенту результат.	1	
9.	Помочь пациенту осторожно сойти с площадки весов.	1	
Окончание процедуры			
10.	Одеть перчатки.	1	
11.	Сбросить салфетку в ёмкость для дезинфекции.	1	
12.	Снять перчатки, погрузить их в ёмкость с дезинфицирующим раствором.	1	
13.	Вымыть и осушить руки.	1	
14.	Записать данные исследования в необходимую документацию.	1	
Итого		14	

Критерии оценки: 100 – 60% (9 – 13 баллов) вид деятельности освоен
59% и менее (8 баллов и менее) вид деятельности не освоен

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 8	9 - 11	12 - 13	14

Задача №2

При осмотре пациента, в приемном отделении больницы, медицинская сестра обнаружила у пациента головные вши.

Задание : проведите санитарную обработку пациента с педикулезом.

Пошаговый контроль при выполнении санитарной обработки пациента с педикулёзом.

№ п/п	Этап санитарной обработки пациента с педикулёзом.	Исход. балл	Получен. балл
	<i>Подготовка к процедуре</i>		
1.	Надеть дополнительно: - халат - фартук - перчатки	1	
2.	Объяснить пациенту необходимость и ход предстоящей процедуры и получить согласие пациента на неё.	1	
3.	Вымыть руки, надеть перчатки		
4.	Постелить клеёнку на пол и поставить на неё стул.	1	
5.	Усадить пациента на стул.	1	
6.	Одеть на плечи и шею пациента пелерину.	1	
7.	Свернуть полотенце валиком и дать его в руки пациенту (закрывает им глаза). Если пациент не в состоянии держать полотенце, это за него делает помощник, у которого также должны быть дополнительные халат и перчатки.	1	
	<i>Выполнение процедуры</i>		
8.	Обработать волосы пациента противопедикулёзным средством.	1	
9.	Покрыть волосы пациента косынкой по типу колхозницы на время экспозиции.	1	
10.	По истечению экспозиции промыть волосы тёплой водой с шампунем.	1	
11.	Высушить волосы полотенцем.	1	
12.	Вычесать волосы частым гребнем в течение 15-20 мин, разделяя волосы на пряди и последовательно вычесывая каждую прядь.	1	
	<i>Завершение процедуры</i>		
13.	Помочь пациенту снять одежду.	1	
14.	Белье и одежду пациента сложить в мешки для дезинсекции.	1	
15.	Снять перчатки, халат, фартук (поместить в мешок для дезинсекции)	1	
16.	Вымыть руки.	1	
17.	На титульном листе «Медицинской карты стационарного больного» сделать отметку о выявленном педикулезе: «Р».	1	
18.	Заполнить экстренное извещение о выявлении инфекционного заболевания и сообщить в учреждение санитарно – эпидемиологического надзора (форма № 058 у)	1	
19.	Зарегистрировать данные о пациенте в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (форма № 060у).	1	
20.	Осмотреть сухие волосы пациента.	1	
	Итог (количество баллов).	20	

Критерии оценки: 100 – 60% (13 – 20 баллов)
59% и менее (12 баллов и менее)

вид деятельности освоен
вид деятельности не освоен

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 12	13 - 16	17 - 18	19 - 20

Задача №3

Пациенту терапевтического отделения Сидорову А.А., страдающему гипертонической болезнью, назначен контроль артериального давления (АД)

2 раза в сутки (утром и вечером)

Задание: проведите измерение артериального давления пациенту и зарегистрируйте показатели АД в температурном листе.

ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен. балл
Подготовка к процедуре			
1.	Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться.	1	
2.	Объяснить пациенту цель и ход процедуры.	1	
3.	Получить согласие на процедуру.	1	
4.	Предупредить пациента о предстоящей процедуре за 15 минут до её начала.	1	
5.	Подготовить необходимое оснащение (смотри примечание).	1	
6.	Вымыть руки (гигиенический уровень).	1	
Выполнение процедуры			
7.	Усадить или уложить пациента. Предложить пациенту правильно положить руку: в разогнутом положении ладонью вверх (если пациент сидит, попросить подложить под локоть сжатый кулак кисти свободной руки).	1	
8.	Наложить манжету на обнаженное плечо пациента на 2 – 3 см выше локтевого сгиба (одежда не должна сдавливать плечо выше манжетки), закрепить манжетку так, чтобы между ней и плечом проходили два пальца.	1	
9.	Соединить манометр с манжеткой и проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы.	1	
10.	Найти место пульсации плечевой артерии в области локтевой ямки и поставить на это место мембрану фонендоскопа.	1	
11.	Закрыть вентиль на «груше», повернув его вправо, и нагнетать в манжетку воздух под контролем фонендоскопа до тех пор, пока давление в манжетке по показаниям манометра не превысит на 20 -30 мм рт. ст., тот уровень, при котором исчезли тоны Короткова.	1	
12.	Выпустить воздух из манжеты со скоростью 2 мм рт. ст. в 1	1	

	сек., повернув вентиль влево .Одновременно фонендоскопом выслушивать тоны на плечевой артерии и следить за показателями шкалы манометра.		
13.	При появлении над плечевой артерией первых звуков (тоны Короткова) «отметить» на шкале и запомнить цифры, соответствующие систолическому давлению.	1	
14.	Продолжая выпускать воздух, отметить величину диастолического давления, которая соответствует ослаблению или полному исчезновению тонов Короткова.	1	
15.	Округлить данные измерения до 0 или 5, зафиксировать результат в виде дроби (в числителе – систолическое давление; в знаменателе – диастолическое), например, 120/75 мм рт. ст. Выпустить воздух из манжеты полностью. Повторить процедуру измерения артериального давления два раза с интервалом 2-3 минуты. Зафиксировать наименьшие показатели.	1	
16.	Сообщить пациенту результат измерения. Обработать мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной раствором медицинским антисептическим.	1	
Окончание процедуры			
17.	Вымыть руки (гигиенический уровень).	1	
18.	Сделать запись полученных результатов и реакции пациента в документацию.	1	
Итог		18	

Критерии оценки: 100% - 60% (12 - 18 баллов)

59% и менее (12 баллов и менее)

вид деятельности освоен

вид деятельности не освоен

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 11	12 - 14	15 - 16	17 - 18

Задача №4

В стационаре, пациент кардиологического отделения Мухин О.П., 32 лет, в вечернее время обратился к дежурной медицинской сестре с жалобой на учащенное сердцебиение.

Задание: проведите исследование пульса пациенту и зарегистрируйте показатели характеристик пульса в температурном листе.

ИССЛЕДОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПУЛЬСА НА ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен. балл
Подготовка к процедуре			
1.	Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться.	1	
2.	Объяснить пациенту суть и ход процедуры.	1	
3.	Получить согласие пациента на процедуру.	1	
4.	Подготовить необходимое оснащение.	1	
5.	Вымыть руки (гигиенический уровень).	1	
Выполнение процедур			
6.	Придать пациенту удобное положение, сидя или лежа (руки должны	1	

	быть расслабленные, при этом кисти и предплечья не должны быть «на вису»).		
7.	Прижать 2,3,4 пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента (1 палец должен находиться со стороны тыла кисти) и почувствовать пульсацию артерий. Сравнить колебания стенок артерий на правой и левой руках. Оценить симметричность пульса. У здорового человека пульс на обеих лучевых артериях симметричный. Если пульс симметричный, остальные свойства пульса определяют, пальпируя одну руку.	1	
8.	Определить ритм пульса. Если пульсовая волна следует одна за другой через равные промежутки времени – пульс ритмичный, если нет – аритмичный.	1	
9.	Определить частоту пульса – количество пульсовых ударов за 1 минуту. Для этого взять часы или секундомер и определить количество пульсовых ударов в течение 30 сек., умножить на 2 (если пульс ритмичный), и получить частоту пульса. Если пульс аритмичный – считать количество пульсовых ударов в течение 60 секунд.	1	
10.	Определить наполнение пульса, если пульсовая волна четкая, то пульс полный, если слабая – пустой, если пульсовая волна слабо прощупывается, то пульс нитевидный.	1	
11.	Определить напряжение пульса. Для этого нужно прижать артерию сильнее, чем прежде, к лучевой кости. Если пульсация исчезает при нажатии – напряжение хорошее; если пульсация не ослабевает – пульс твердый; если пульсация полностью прекратилась – напряжение слабое, пульс мягкий.	1	
12.	Сообщить пациенту результат исследования.	1	
Окончание процедуры			
13.	Вымыть руки (гигиенический уровень). Зарегистрировать результат исследования в температурном листе.	1	
Итог		13	

**Критерии оценки: 100% - 60% (9 - 13 баллов)
59% и менее (8 балла и менее)**

**вид деятельности освоен
вид деятельности не освоен**

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 8	9 - 10	11 - 12	13

Задача №5

Волков И.В.. 65лет, находится на лечении в неврологическом отделении по поводу инсульта.

Задание: продемонстрируйте кормление пациента в постели при помощи ложки

КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОСТЕЛИ ПРИ ПОМОЩИ ЛОЖКИ

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен. балл
Подготовка к процедуре			
1.	Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться.	1	
2.	Уточнить у пациента любимые блюда и согласовать меню с лечащим врачом или диетологом.	1	
3.	Предупредить пациента за 15 минут о том, что предстоит прием пищи, и получить его согласие. Рассказать пациенту, чем его будут кормить.	1	
4.	Проветрить помещение. Протереть прикроватный столик и подвинуть его к кровати или приготовить место на тумбочке. Подготовить оснащение.	1	
5.	Вымыть руки (гигиенический способ).	1	
Выполнение процедуры			
6.	Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера.	1	
7.	Помочь пациенту вымыть руки. Прикрыть его грудь пеленкой.	1	
8.	Вымыть руки (гигиенический способ).	1	
9.	Принести пищу и жидкость, предназначенные для еды и питья: горячие блюда должны быть $t=60^{\circ}\text{C}$, холодные – не ниже 15°C .	1	
10.	Спросить пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу.	1	
11.	Предложить пациенту выпить (лучше через одноразовую трубочку) несколько глотков жидкости.	1	
12.	Кормить медленно: • называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту; • наполнить 2/3 ложки твердой (мягкой) пищей; • коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот; • прикоснуться ложкой к языку и извлечь пустую ложку; • дать время прожевать и проглотить пищу; • предлагать попить после нескольких ложек твердой (мягкой) пищи.	1	
13.	Вытирать (при необходимости) губы салфеткой.	1	
14.	Обеспечить пациенту возможность прополоскать рот водой после приема пищи.	1	
15.	Убрать пеленку, покрывающую грудь и шею пациента. Проверить состояние постели.	1	
16.	Помочь пациенту занять удобное положение.	1	
17.	Убрать остатки пищи и посуду.	1	
Окончание процедуры			
18.	Провести дезинфекцию использованного инструментария.	1	
19.	Вымыть руки (гигиенический способ).	1	
20.	Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.	1	
Итог		20	

Критерии оценки: 100% - 60% (13 - 16 баллов)
59% и менее (12 баллов и менее)

вид деятельности освоен
вид деятельности не освоен

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 12	13 - 16	17 - 18	19 - 20

Задача №6

Крылов В.А. находится на лечении в неврологическом отделении по поводу правосторонней гемиплегии конечностей.

Задание: продемонстрируйте кормление пациента в постели с помощью назогастрального зонда.

КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ НАЗОГАСТРАЛЬНЫЙ ЗОНД, С ПОМОЩЬЮ ШПРИЦА ЖАНЭ

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен балл
Подготовка к процедуре			
1.	Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить суть и ход предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение процедуры.	1	
2.	Подготовить оснащение.	1	
Выполнение процедуры			
3.	Придать пациенту положение, удобное для кормления (высокое положение Фаулера). Поместить на грудь полотенце.	1	
4.	Вымыть и осушить руки (гигиенический уровень). Надеть перчатки.	1	
5.	Определить наиболее подходящую для введения зонда половину носа (если пациент в сознании): - прижать сначала одно крыло носа и попросить пациента дышать другим, закрыв рот; - затем повторить эти действия с другим крылом носа. Если нужно провести туалет носа.	1	
6.	Вскрыть упаковку и выложить зонд в стерильный лоток.	1	
7.	Определить расстояние, на которое должен быть введен зонд (можно измерить расстояние от кончика носа до мочки уха и вниз до мечевидного отростка; либо из роста пациента отнять 100 см), и сделать отметку на зонде лейкопластырем.	1	
8.	Смочить слепой конец зонда (15-18 см) чистой водой.	1	
9.	Попросить пациента слегка запрокинуть голову. Ввести зонд через нижний носовой ход на глубину 15-18 см и предложить пациенту его заглатывать до нужной отметки.	1	

10.	Набрать в шприц Жане воздух 20-30 мл и присоединить его к зонду. Ввести воздух в желудок под контролем фонендоскопа (выслушиваются характерные звуки). <i>Другой способ:</i> присоединив к зонду шприц Жанэ потянуть поршень на себя, должно показаться желудочное содержимое.	1	
11.	На зонд наложить зажим и отсоединить шприц от зонда. Свободный конец зонда поместить в лоток.	1	
12.	Зафиксировать зонд лейкопластырем.	1	
13.	Набрать в шприц Жанэ 50-100 мл питательной смеси.	1	
14.	Подсоединить шприц к зонду, снять зажим и медленно ввести смесь в желудок.	1	
15.	После опорожнения шприца пережать зонд зажимом, отсоединить шприц.	1	
16.	Повторить процедуру (п. 13-15), используя все приготовленное количество питательной смеси.	1	
17.	Отсоединить шприц от зонда, предварительно закрыв зонд зажимом.	1	
18.	Подсоединить другой шприц Жанэ с кипяченой водой, открыть зажим и промыть зонд.	1	
19.	Наложить зажим на конец зонда, отсоединить шприц. Обернуть конец зонда стерильной салфеткой или закрыть заглушку, если таковая имеется.	1	
20.	Зафиксировать зонд безопасной булавкой до следующего кормления.	1	
21.	Оставить пациента в положении Фаулера на 30 минут. Помочь пациенту занять удобное положение.	1	
Окончание процедуры			
22.	Провести дезинфекцию использованного инструментария.	1	
23.	Снять перчатки, поместить в дезинфицирующий раствор. Вымыть руки (гигиенический уровень).	1	
24.	Записать реакцию пациента на процедуру.	1	
Итог		24	

**Критерии оценки: 100% - 60% (115 - 19 баллов)
59% и менее (14 баллов и менее)**

**вид деятельности освоен
вид деятельности не освоен**

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 14	15 - 19	20 - 22	23 - 24

Задание № 7

Сидоров А.А., 47лет, вторые сутки находится на стационарном лечении в неврологическом отделении по поводу параплегии нижних конечностей.

Задание: продемонстрируйте смену подгузника пациенту.

СМЕНА ПОДГУЗНИКА ТЯЖЕЛОБОЛЬНОМУ

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен. балл
Подготовка к процедуре			
1.	Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться.	1	
2.	Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, получить его согласие.	1	
3.	Подготовить необходимое оснащение.	1	
4.	Вымыть руки, надеть перчатки, непромокаемый фартук.	1	
Выполнение процедуры			
5.	Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента.	1	
6.	Повернуть пациента на бок, слегка согнув ноги в коленях. Раздеть пациента, накрыть оголенную часть туловища простыней.	1	
7.	Защитную пеленку свернуть в трубочку до половины по длинной стороне и подсунуть под спину пациента аналогично смене постельного белья.	1	
8.	Расстегнуть грязный подгузник, извлечь его из-под пациента. Поместить грязный подгузник в мешок для грязного белья. Провести подмывание пациента.	1	
9.	Вынуть чистый подгузник из упаковки, встряхнуть его и потянуть за концы, для того чтобы впитывающий слой распушился, а боковые защитные оборочки приняли вертикальное положение.	1	
10.	Повернуть пациента на спину, его ноги нужно слегка согнуть в коленях.	1	
11.	Повернуть пациента на бок, слегка согнув ноги в коленях, а подгузник подложить под спину таким образом, чтобы липучки-застежки находились со стороны головы, а индикатор наполнения (надпись снаружи подгузника в центральной его части, направленная вдоль подгузника) находился по линии позвоночника.	1	
12.	Повернуть пациента на спину, его ноги нужно слегка согнуть в коленях.	1	
13.	Аккуратно расправить подгузник под спиной пациента.	1	
14.	Протянуть переднюю часть подгузника между ногами пациента на живот и расправить её.	1	
15.	Опустите ноги пациента.	1	
16.	Застегнуть липучки: сначала последовательно застегнуть нижние липучки, сначала правую, потом левую, или наоборот, плотно охватывая ноги, направляя липучки поперек тела пациента, слегка снизу вверх; затем закрепить верхние липучки, по направлению поперек тела пациента.	1	
17.	Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что он чувствует себя комфортно.	1	
Окончание процедуры			
18.	Поместить использованный материал в ёмкость с дезинфектантом.	1	

19.	Снять перчатки, погрузить их в раствор дезинфектанта, вымыть руки.	1	
20.	Сделать запись в медицинской документации.	1	
Итог		20	

Критерии оценки:

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
% %	0 - 59	60 - 80	81 - 90	91 - 100
Баллы	0-11	12 - 16	17 - 18	19 - 20

Задание № 8

Сидоров А.М., 87лет, находится в отделении по уходу.

Задание: продемонстрируйте уход за наружными половыми органами пациента.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПОДМЫВАНИИ МУЖЧИНЫ (с помощью марлевых салфеток)

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен. балл
Подготовка к процедуре			
1.	Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Объяснить пациенту ход предстоящей манипуляции и получить его согласие.	1	
2.	Подготовить необходимое оснащение.	1	
3.	Налить в лоток антисептический раствор ($t = 35-37^{\circ}\text{C}$).	1	
4.	Отгородить пациента ширмой.	1	
5.	Вымыть руки, надеть перчатки.	1	
Выполнение процедуры			
6.	Перевести кровать в горизонтальное положение.	1	
7.	Повернуть пациента на бок, подстелить пеленку и подать пациенту судно.	1	
8.	Помочь пациенту занять оптимально удобное положение для проведения процедуры (ноги слегка согнуты в коленях и разведены).	1	
9.	Встать справа от пациента (если сестра правша).	1	
10.	Смочить салфетки в воде или в антисептическом растворе, слегка отжать их и обработать промежность и половые органы в следующей последовательности: • оттянуть крайнюю плоть, обнажить головку полового члена и одной салфеткой протереть эту область; • двумя другими салфетками обработать тело полового члена; • другими двумя салфетками обработать паховую область и область мошонки справа и слева.	1	
11.	Вытереть насухо (промокательными движениями) промежность в той же последовательности сухими салфетками.	1	
12.	Переместить пациента набок. Убрать судно и пеленку (сбросить её	1	

	в мешок для грязного белья). Переместить пациента на спину, поместить пациента в удобное для него положение в постели. Укрыть пациента одеялом. Убедиться, что он чувствует себя комфортно. Убрать ширму.		
Окончание процедуры			
13.	Погрузить использованный материал в ёмкость для дезинфекции. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции.	1	
14.	Вымыть и осушить руки.	1	
15.	Сделать запись в медицинской документации	1	
Итог		15	

Критерии оценки:

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
%	0 - 59	60 - 80	81 - 90	91 - 100
Баллы	0 - 8	11 - 12	13 - 14	15

ПРИМЕНЕНИЕ ГРЕЛКИ

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен. балл
Подготовка к процедуре			
1.	Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией: когда, по какому поводу, как он ее перенес. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться.	1	
2.	Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры.	1	
3.	Получить согласие на процедуру.	1	
4.	Подготовить необходимое оснащение.	1	
5.	Вымыть руки (гигиенический способ).	1	
Выполнение процедуры			
6.	Налить в грелку на 2/3 приготовленную воду, слегка сжать ее у горловины, выпустить воздух и закрутить пробку.	1	
7.	Перевернуть грелку пробкой вниз и обернуть ее пленкой.	1	
8.	Положить грелку на нужную область тела на 20 минут. При необходимости длительного применения грелки (по назначению врача) каждые 20 минут следует делать 15-20- минутный перерыв.	1	
9.	Снять грелку через 20 минут.	1	
10.	Осмотреть кожу пациента в области соприкосновения с грелкой.	1	
11.	Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально.	1	
Окончание процедуры			
12.	Вылить воду из грелки. Проздезинфицировать грелку.	1	
13.	Вымыть руки (гигиенический способ).	1	
14.	Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в карте стационарного больного.	1	
Итог		14	

Критерии оценки: 100% - 60% (9 - 12 баллов)
59% и менее (8 баллов и менее)

вид деятельности освоен
вид деятельности не освоен

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 8	9 - 11	12 - 13	14

ПРИМЕНЕНИЕ ГАЗООТВОДНОЙ ТРУБКИ

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен. балл
Подготовка к процедуре			
1.	Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией: когда, по какому поводу, как он её перенёс.	1	
2.	Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры (если он незнаком).	1	
3.	Получить его согласие.	1	
4.	Подготовить оснащение.	1	
5.	Поставить ширму у кровати пациента.	1	
6.	Вымыть руки (гигиенический уровень). Надеть перчатки.	1	
Выполнение процедуры			
7.	Предложить или помочь пациенту лечь ближе к краю кровати на левый бок, с согнутыми и приведёнными к животу ногами. Примечание: если пациенту противопоказано положение на левом боку, придать положение «лежа на спине» с согнутыми в коленях и разведёнными ногами.	1	
8.	Положить под ягодицы пациента пеленку.	1	
9.	Шпателем взять небольшое количество вазелина и смазать им закруглённый конец газоотводной трубки на протяжении 20-30 см.	1	
10.	Перегнуть трубку посередине, зажать её свободный конец 4-м и 5-м пальцами правой руки, а закруглённый конец взять как ручку на расстоянии 6-7 см от слепого конца.	1	
11.	Раздвинуть ягодицы 1-2-м пальцами левой руки, правой рукой вращательным движением ввести газоотводную трубку в прямую кишку на глубину 20-30 см: первые 3-4 см – по направлению к пупку, оставшиеся – параллельно позвоночнику.	1	
12.	Опустить свободный конец газоотводной трубки в судно с водой (продолжительность процедуры определяется врачом; максимальное время – 1 час). Примечание: при положении пациента «лежа на спине» конец газоотводной трубки завернуть в конверт из впитывающей пеленки и оставить между ногами пациента. Из газоотводной трубки вместе с газами могут выделяться и жидкие каловые массы.	1	

Завершение процедуры			
13.	Снять перчатки, положить в емкость с дезинфицирующим раствором.	1	
14.	Обеспечить безопасность пациента, если он лежит на краю кровати. Укрыть пациента. Оставить его в уединении.	1	
15.	Вымыть руки (гигиенический уровень).	1	
16.	Следить за самочувствием пациента на протяжении всей процедуры и контролировать отхождение газов каждые 15 минут.	1	
Итог		16	

**Критерии оценки: 100% - 60% (10 – 16 баллов)
59% и менее (9 баллов и менее)**

**вид деятельности освоен
вид деятельности не освоен**

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 9	10 - 13	14 - 15	16

ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен. балл
Подготовка к процедуре			
1.	Убедиться в наличии информационного согласия пациента на процедуру.	1	
2.	Подготовить оснащение.	1	
3.	Вымыть руки (гигиенический уровень), надеть: клеенчатый фартук, перчатки.	1	
4.	Вскрыть упаковку, извлечь наконечник и присоединить его к кружке Эсмарха. Закрыть вентиль, налить в кружку Эсмарха 1-1,5 литра воды, укрепить кружку Эсмарха на штативе на 1 метр от уровня кушетки (в домашних условиях – использовать вспомогательные средства). Примечание: температура воды зависит от конкретной цели постановки клизмы: - при атонических запорах – 16-20 градусов; - при спастических запорах – 37-38 градусов; в остальных случаях – 20-22 градуса.	1	
5.	Заполнить систему: открыть вентиль на системе и слить немного воды через наконечник, закрыть вентиль.	1	
6.	Положить на кушетку клеенку, свисающую в таз, и пеленку.	1	
7.	Отгородить пациента ширмой, если процедура проводится в палате. Уложить пациента на левый бок, ноги согнуть в коленях и слегка привести к животу. Примечание: если пациента уложить на бок нельзя, клизму ставят в положении пациента «на спине».	1	
8.	Смазать клизменный наконечник вазелином с помощью шпателя.	1	
Проведение процедуры			
9.	Раздвинуть ягодицы 1-м и 2-м пальцами левой руки, а правой рукой	.1	

	осторожно ввести наконечник в анальное отверстие, вначале по направлению к пупку (3-4 см), а затем параллельно позвоночнику на глубину 8-10 см.		
10.	Немного приоткрыть вентиль на системе, чтобы вода медленно вытекала в кишечник. Если вода не поступает в кишечник – поднять кружку Эсмарха выше, чем на 1 м, или изменить положение наконечника. При отсутствии результата заменить наконечник.	1	
11.	Попросить пациента дышать животом, наблюдать за состоянием пациента. Примечание: при жалобе пациента на боль спастического характера, прекратить процедуру (закрыв вентиль), пока боль не утихнет. Успокоить пациента и предложить ему глубоко дышать и произвести самому поглаживание живота против часовой стрелки, затем продолжить введение жидкости. Если боль не отступает, сообщить об этом врачу.	1	
Окончание процедуры			
12.	После введения воды в кишечник закрыть вентиль на системе, осторожно извлечь наконечник из прямой кишки, отсоединить его и положить в емкость с дезинфицирующим раствором.	1	
13.	Снять перчатки, фартук. Перчатки и фартук поместить в емкость с дезинфицирующим раствором. Вымыть руки.	1	
14.	Попросить пациента в течение 5-10 мин. полежать на спине и удерживать воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или в судно.	1	
15.	Если необходимо помочь пациенту встать и дойти до туалета при появлении позывов на дефекацию (или помочь пациенту подложить под себя судно). Убедиться, что туалетная бумага поблизости. Если пациент лежит на судне, то по возможности приподнять изголовье кровати, чтобы он был в положении Фаулера (45-60°).	1	
16.	Надеть перчатки, фартук. Убрать судно. Убедиться, что процедура прошла эффективно (отделяемое должно содержать фекалии).	1	
17.	Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально.	1	
18.	Поставить судно на стул, помочь пациенту вытереть область анального отверстия и/или подмыться.	1	
19.	Убрать клеенку, пеленку и сбросить их в непромокаемый мешок.	1	
20.	Снять перчатки. Вымыть руки (гигиенический уровень).	1	
21.	Сделать запись в «Медицинской карте» о выполненной процедуре и реакции на нее пациента.	1	
Итого:		21	

**Критерии оценки: 100% - 60% (13 – 21 баллов)
59% и менее (12 баллов и менее)**

**вид деятельности освоен
вид деятельности не освоен**

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 12	13- 15	16 - 19	20 - 21

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЖЕНЩИНЫ КАТЕТЕРОМ ФОЛЕЯ

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен балл
Подготовка к процедуре			
1.	Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить суть и ход предстоящей процедуры, если он с нею не знаком. Получить согласие на проведение процедуры (если пациент в сознании).	1	
2.	Подготовить оснащение для гигиенической обработки промежности.	1	
3.	Вымыть (гигиенический уровень) и осушить руки. Надеть перчатки.	1	
4.	Помочь пациентке занять необходимое для процедуры положение: на спине с полусогнутыми разведёнными ногами (поза «лягушачья нога») Примечание: для женщин, которые не способны развести бёдра, их сгибание обеспечивает достаточно хороший доступ к уретре.	1	
5.	Подстелить под таз пациентки впитывающую пеленку (или клеенку и пеленку); подать судно. Поставить между ногами пациентки предметы, необходимые для гигиенической обработки наружных половых органов. Произвести гигиеническую обработку наружных половых органов и промежности. Убрать судно.	1	
6.	Снять перчатки и сбросить их в непромокаемый мешок.	1	
7.	Вымыть руки на гигиеническом уровне и приготовить всё необходимое оснащение для катетеризации.	1	
Выполнение процедуры			
8.	Вымыть руки на гигиеническом уровне. Надеть стерильные перчатки.	1	
9.	Обложить стерильными салфетками вход во влагалище.	1	
10.	Развести в стороны левой рукой (если вы правша) малые половые губы. Правой рукой взять малую салфетку, смоченную раствором антисептика, и обработать её вход в уретру движениями сверху вниз. Поместить салфетку в лоток для использованного инструментария. При необходимости повторить процедуру.	1	
11.	Попросить помощника вскрыть упаковку с катетером. Извлечь катетер из упаковки: держать его на расстоянии 5 – 6 см от бокового отверстия 1 и 2 пальцами, наружный конец катетера держать между 4 и 5 пальцами.	1	
12.	Попросить помощника обильно обработать катетер глицерином (методом полива над стерильным лотком) или специальной желеобразной смазкой.	1	
13.	Ввести катетер в отверстие уретры до появления мочи, а потом еще на 5 см, вывести мочу в лоток. Примечание: если вход в уретру хорошо не определяется, требуется консультация врача.	1	

14.	Зафиксировать катетер, наполнить физиологическим раствором надувную манжету. Слегка потянуть катетер кнаружи, убедиться в том, что он зафиксирован.	1	
15.	Соединить наружный конец катетера с мочеприемником (лучше градуированным). Убедиться, что трубки не перегибаются, Прикрепить трубку катетера Фолея пластырем к бедру, не натягивая катетер.	1	
16.	Следить, чтобы система катетер - мочеприемник была замкнутой. Не промывать! В случае непроходимости заменить на новый - стерильный.	1	
17.	Зафиксировать мочеприемник к кровати ниже её плоскости.	1	
18.	Помочь пациенту занять удобное положение. Накрыть его. Удостовериться, что он чувствует себя нормально. Убрать ширму, если она использовалась.	1	
19.	Опорожнять мочеприемник, не нарушая целостности системы, через отводной порт.	1	
20.	Дважды в сутки осматривать область уретры вокруг катетера и область промежности; обрабатывать промежность и 10 см проксимального участка катетера водой с жидким мылом, осушать одноразовым полотенцем.	1	
Окончание процедуры			
21.	Удалять катетер по истечении назначенного времени после удаления физиологического раствора из надувной манжеты.	1	
22.	Дезинфицировать весь использованный инструментарий. Утилизировать одноразовый после дезинфекции.	1	
23.	Убрать клеенку, пеленку. Снять перчатки. Вымыть руки на гигиеническом уровне.		
24.	Записать реакцию пациентки на процедуру в «медицинской карте».	1	
Итог:		24	

**Критерии оценки: 100% - 60% (15 – 24 балла)
59% и менее (14 баллов и менее)**

**вид деятельности освоен
вид деятельности не освоен**

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 14	15 - 19	20 - 22	23 - 24

ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ТОЛСТЫМ ЖЕЛУДОЧНЫМ ЗОНДОМ

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен. балл
Подготовка к процедуре			
1.	Доброжелательно и уважительно представиться пациенту, уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Пояснить, при введении зонда возможны тошнота и позывы на рвоту, которые можно подавить, если глубоко дышать. Получить согласие на проведение процедуры.	1	
2.	Подготовить оснащение.	1	

<i>Выполнение процедуры</i>			
3.	Помочь пациенту занять необходимое для процедуры положение: сидя, прижавшись к спинке сиденья и слегка наклонив голову вперед (или уложить на кушетку в положении «на боку»).	1	
4.	Снять зубные протезы у пациента, если таковые имеются.	1	
5.	Отгородить пациента ширмой, если возникнет необходимость.	1	
6.	Надеть непромокаемый фартук на себя и на пациента.	1	
7.	Вымыть руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. Выложить стерильный зонд из упаковки на стерильный лоток при помощи пинцета.	1	
8.	Поставить таз к ногам пациента или к головному концу кушетки или кровати, если процедура выполняется в положении «лежа».	1	
9.	Определить глубину, на которую должен быть введен зонд: (не прислоняя зонд к телу пациента измерить им расстояние: от угла рта до мочки уха и от мочки уха до основания мечевидного отростка грудины пациента), сделать метку на зонде при помощи лейкопластыря.	1	
10.	Смочить зонд водой.	1	
11.	Встать справа от пациента, предложить ему открыть рот, слегка опустить голову вниз. Положить слепой конец зонда на корень языка.	1	
12.	Попросить пациента сделать глотательное движение, одновременно продвигая зонд в пищевод (во время глотания надгортанник закрывает вход в трахею, одновременно открывается вход в пищевод).	1	
13.	Предложить пациенту обхватить зонд губами и глубоко дышать носом. Продвигать зонд медленно и равномерно до нанесенной отметки, наклонив голову пациента вперед и вниз. Если встретить сопротивление, следует остановиться и извлечь зонд. Затем повторить попытку снова (сопротивление при введении зонда, кашель, цианоз, рвота, изменение голоса свидетельствуют о введении зонда в трахею).	1	
14.	Убедиться, что зонд в желудке: набрать в шприц Жане воздух 20-30 мл и присоединить к зонду. Ввести воздух в желудок под контролем фонендоскопа (выслушиваются характерные звуки).	1	
15.	Присоединить воронку к зонду и опустить ее ниже уровня желудка пациента. Целиком заполнить воронку водой.	1	
16.	Медленно поднять воронку вверх на 1 м.	1	
17.	Следить за убыванием жидкости. Опустить воронку до уровня колен, как только вода достигнет устья воронки. Держать воронку в таком положении, пока воронка целиком не заполнится промывными водами.	1	
18.	Слить промывные воды в таз. При необходимости первые воды слить в емкость для исследования.	1	
19.	Повторить промывание несколько раз до появления чистых промывных вод. Следить, чтобы количество введенной порции жидкости соответствовало количеству	1	

	выделенных промывных вод. Собирать промывные воды в таз.		
Окончание процедуры			
20.	Снять воронку, извлечь зонд, пропуская его через салфетку. Дать пациенту возможность прополоскать рот.	1	
21.	Поместить использованный инструментарий в контейнер с дезинфицирующим раствором. Промывные воды слить в канализацию, предварительно подвергнуть их дезинфекции в случае отравления. Снять фартуки с себя и пациента и поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором. Снять перчатки, поместить их в дезинфицирующий раствор. Вымыть руки на гигиеническом уровне и осушить.	1	
22.	Тепло укрыть пациента одеялом, наблюдать за его состоянием.	1	
23.	Сделать отметку о выполнении процедуры.	1	
Итог		23	

**Критерии оценки: 100% - 60% (14 – 23 балла)
59% и менее (13 баллов и менее)**

**вид деятельности освоен
вид деятельности не освоен**

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 13	14-18	19- 21	22 - 23

ЗАКАПЫВАНИЕ В НОС СОСУДОСУЖИВАЮЩИХ КАПЕЛЬ

№ п/п	Этапы	Исход балл	Получен. балл
Подготовка к процедуре			
1.	Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией: когда, по какому поводу, как он её перенёс.	1	
2.	Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры.	1	
3.	Получить согласие пациента на процедуру.	1	
4.	Подготовить необходимое оснащение.	1	
5.	Вымыть руки (гигиенический уровень). Надеть маску.	1	
Выполнение процедуры			
6.	Помочь пациенту занять удобное положение сидя.		
7.	Попросить пациента без напряжения, поочередно из каждой ноздри, освободить носовую полость от слизи, используя салфетки.	1	
8.	Набрать в пипетку лекарственное средство.	1	
9.	Попросить пациента слегка запрокинуть голову, склонит её к правому плечу.	1	
10.	Приподнять кончик носа пациента.	1	
11.	Закапать в левую половину носа 1-2 капли лекарственного средства.	1	

12.	Попросить пациента прижать пальцами крыло носа к перегородке и сделать легкие вращательные движения.	1	
13.	Закапать капли во вторую ноздрю, повторив те же действия.	1	
14.	Поместить пипетку в лоток для использованного материала для последующей дезинфекции.	1	
15.	Помочь пациенту занять удобное положение и спросить его о самочувствии.	1	
Окончание процедуры			
16.	Погрузить пипетку в емкость с дезинфектантом.	1	
17.	Снять маску. Вымыть руки (гигиенический уровень).	1	
18.	Сделать запись в журнале о введении лекарственного средства и реакции пациента.	1	
Итог		18	

Критерии оценки:

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
%	0 - 59	60 - 80	81 - 90	91 - 100
Баллы	0 - 10	11 - 14	15 - 16	17 - 18

ЗАКАПЫВАНИЕ В НОС МАСЛЯНЫХ КАПЕЛЬ

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен балл
Подготовка к процедуре			
1.	Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией: когда, по какому поводу, как он её перенёс.	1	
2.	Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры.	1	
3.	Получить согласие пациента на процедуру.	1	
4.	Подготовить необходимое оснащение.	1	
5.	Вымыть руки (гигиенический уровень). Надеть маску.	1	
Выполнение процедуры			
6.	Попросить пациента без напряжения, поочередно из каждой ноздри, освободить носовую полость от слизи, используя салфетки.	1	
7.	Попросить пациента лечь и слегка запрокинуть голову назад.	1	
8.	Набрать в пипетку масло. Поднять кончик носа пациента и закапать в каждый нижний носовой ход по 5-6 капель.	1	
9.	Поместить пипетку в лоток для использованного материала для последующей дезинфекции.	1	
10.	Попросить пациента полежать несколько минут	1	
11.	Спросить у пациента, чувствует ли он вкус капель.	1	
12.	Помочь пациенту сесть и спросить его о самочувствии.	1	
Окончание процедуры			
13.	Погрузить пипетку в емкость с дезинфектантом.	1	
14.	Снять маску. Вымыть руки (гигиенический уровень).	1	

15.	Сделать запись в журнале о введении лекарственного средства и реакции пациента.	1	
Итог		15	

Критерии оценки:

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
%	0 - 59	60 - 80	81 - 90	91 - 100
Баллы	0 - 9	10 - 12	13 - 14	15

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПРИМЕНЕНИЮ ДОЗИРОВАННОГО АЭРОЗОЛЬНОГО ИНГАЛЯТОРА ЧЕРЕЗ РОТ

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен. балл
<i>Подготовка к процедуре</i>			
1.	Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться.	1	
2.	Объяснить пациенту суть и ход процедуры, уточнить у пациента информированность о лекарственном средстве.	1	
3.	Получить согласие.	1	
4.	Подготовить 2 пустых баллончика, убедиться в соответствии лекарственного средства, назначенному врачом, проверить срок годности.	1	
5.	Вымыть руки (гигиенический уровень).	1	
<i>Выполнение процедуры</i>			
6.	Усадить пациента (если состояние пациента позволяет, лучше выполнять процедуру стоя, так как дыхательная экскурсия при этом эффективнее).	1	
7.	Продemonстрировать пациенту последовательность выполнения процедуры, используя дозированный аэрозольный ингалятор без лекарственного препарата.	1	
8.	Снять с ингалятора защитный колпачок.	1	
9.	Перевернуть баллончик с аэрозолем вверх дном и встряхнуть его.	1	
10.	Попросить пациента сделать глубокий выдох.	1	
11.	Попросить пациента слегка запрокинуть голову назад, плотно обхватить мундштук ингалятора губами (зубы как бы прикусывают ингалятор).	1	
12.	Попросить пациента сделать медленный, глубокий вдох через рот и одновременно нажать на дно баллончика.	1	
13.	Извлечь мундштук ингалятора изо рта и задержать дыхание на 5- 10 секунд.	1	
14.	Попросить пациента сделать спокойный выдох через рот. Перевернуть баллончик и закрыть его защитным колпачком.	1	
15.	Прополоскать рот.	1	
16.	Предложить пациенту самостоятельно выполнить процедуру вначале с использованным дозированным аэрозольным	1	

	ингалятором, затем с действующим ингалятором.		
Окончание процедуры			
17.	Информировать пациента: после каждой ингаляции мундштук необходимо промыть водой с мылом и вытереть насухо.	1	
18.	Вымыть руки.	1	
19.	Сделать запись о результатах обучения, выполненной процедуре и реакции на неё пациента в медицинской карте.	1	
Итог		19	

**Критерии оценки: 100 – 60% (12 – 18 баллов)
59% и менее (11 баллов и менее)**

**вид деятельности освоен
вид деятельности не освоен**

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 11	12 - 15	16 - 17	18 - 19

ВЫПОЛНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОЙ ИНЪЕКЦИИ

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен. балл
Подготовка к процедуре			
1.	Собрать информацию до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией; когда, по какому поводу, как он ее перенес.	1	
2.	Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры (если он с нею незнаком).	1	
3.	Получить его согласие.	1	
4.	Вымыть руки (гигиенический уровень).	1	
5.	Подготовить необходимое оснащение. Примечание: особое внимание обратить на отсутствие воздуха в шприце и проходимости иглы. Для этого следует расположить шприц строго вертикально, на уровне глаз. Нажимая левой рукой на поршень, необходимо вытеснить воздух в колпачок до появления первой капли лекарственного средства.	1	
Выполнение процедуры			
6.	Помочь пациенту занять положение «лежа на спине» или «сидя», при котором хорошо доступна предполагаемая область инъекции. Попросить пациента освободить ее от одежды.	1	
7.	Подложить под локоть пациента клеенчатую подушку.	1	
8.	Путем осмотра определить непосредственное место инъекции. Надеть перчатки.	1	
9.	Наложить жгут в средней трети плеча (на рубашку или салфетку), так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля вниз (пульс на лучевой артерии не изменяется). Примечание: при применении специальной венозной манжеты, зацепить на ней клапан и потянуть за свободный конец до остановки венозного кровотока.	1	
10.	Попросить пациента сжать кулак. Пропальпировать вену, определяя ее ширину, глубину залегания, направление, подвижность, наличие уплотнений стенки.	1	

11.	Обработать область локтевого сгиба ватными шариками, смоченными спиртом. Первым шариком обрабатывать площадь локтевого сгиба. Вторым – непосредственно место инъекции. Шарики сбросить в лоток для использованного материала.	1	
12.	Взять шприц в левую руку: указательный палец фиксирует канюлю иглы, остальные охватывают цилиндр шприца.	1	
13.	По ходу выбранной вены большим пальцем левой руки натянуть кожу к периферии и прижать ее. Не меняя положение шприца в руке, держа иглу срезом вверх под углом до 15°, пунктировать кожу и ввести иглу на 1/3 длины параллельно вене.	1	
14.	Продолжая левой рукой фиксировать вену, слегка изменить направление иглы и осторожно пунктировать вену, до ощущения чувства «провала иглы в пустоту». Зафиксировать правую руку со шприцем в данном положении.	1	
15.	Убедиться, что игла в вене: для этого необходимо перенести левую руку на поршень и потянуть его «на себя» – в шприце должна появиться кровь.	1	
16.	Развязать жгут левой рукой, потянув за один из свободных концов. Попросить пациента разжать кулак. Примечание: при использовании венозной манжеты нажать левой рукой на клапан замка.	1	
17.	Не меняя положения шприца, перенести опять левую руку на поршень. Нажимая на него, медленно ввести лекарственный раствор, оставив в шприце 1-2 мл. Примечание: во время давления левой рукой на поршень положение правой руки должно быть жестко зафиксировано.	1	
18.	Следить за общим состоянием пациента и за состоянием места инъекции во время введения раствора.	1	
19.	Прижать к месту инъекции шарик, смоченный антисептиком, извлечь иглу, положить шприц в лоток.	1	
20.	Наложить давящую повязку.	1	
21.	Спросит пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально.	1	

Окончание процедуры

22.	Провести утилизацию использованного инструментария: • иглу заполнить дезинфицирующим раствором и сбросить в непрокальваемый контейнер; • шприц заполнить дезинфицирующим раствором и погрузить в контейнер с дезинфицирующим раствором; • использованные ватные шарики и лотки поместить в дезинфицирующий раствор.	1	
23.	Снять перчатки (поместить в дезинфицирующий раствор). Вымыть руки (гигиенический уровень).	1	
24.	Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента.	1	
Итого		24	

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 14	15 - 19	20 - 22	23 - 24

ВЫПОЛНЕНИЕ ВНУТРИМЫШЕЧНОЙ ИНЪЕКЦИИ

№ п/п	Этапы	Исход балл	Получен. балл
Подготовка к процедуре			
1.	Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией: когда, по какому поводу, как он ее перенес.	1	
2.	Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры (если он с нею незнаком). Получить его согласие.	1	
3.	Вымыть руки (гигиенический уровень). Надеть перчатки. Приготовить необходимое оснащение.	1	
Выполнение процедуры			
4.	Помочь пациенту занять положение, при котором хорошо доступна предполагаемая область инъекции. Попросить пациента освободить ее от одежды. Путем осмотра и пальпации определить непосредственное место инъекции.	1	
5.	Обработать кожу двумя ватными шариками, смоченными антисептиком (движения ватных шариков производить в одном направлении): - первым шариком обработать большую область инъекционного поля и сбросить его в лоток для использованного материала; - вторым шариком обработать непосредственно место инъекции и сбросить его в лоток для использованного материала.	1	
6.	Взять шприц в правую руку: мизинец придерживает иглу за канюлю, 1, 3, 4, пальцы охватывают цилиндр, 2 палец фиксирует поршень. Примечание: шкала деления должна быть открытой.	1	
7.	Фиксировать кожу на месте инъекции. Кожа на месте инъекции фиксируется, если пациент повышенного питания, и собирается в складку, если пациент пониженного питания. Ввести иглу под углом 90° на 2/3 ее длины.	1	
8.	Перенести левую руку на поршень. Потянуть поршень «на себя» и убедиться, что в шприц не поступает кровь.	1	
9.	Нажать левой рукой на поршень и ввести лекарственное средство (скорость введения средняя).	1	
10.	Взять ватный шарик из стерильного лотка первым и вторым пальцами левой руки. Прижать им место инъекции и быстро извлечь иглу.	1	
11.	Поместить ватный шарик, шприц в лоток для использованного материала.	1	
12.	Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально.	1	
Окончание процедуры			
13.	Провести утилизацию использованного инструментария: иглу заполнить дезинфицирующим раствором и сбросить в непрокалываемый контейнер; шприц заполнить дезинфицирующим раствором и погрузить в контейнер с дезинфицирующим раствором;	1	

	использованные ватные шарики и лотки поместить в контейнер с дезинфицирующим раствором.					
14.	Снять перчатки (поместить в дезинфицирующий раствор). Вымыть <u>руки</u> (гигиенический <u>уровень</u>).				1	
15.	Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента.				1	
Итог					15	
Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»		
Баллы	0 - 9	10 - 12	13 - 14	15		

ОСОБЕННОСТИ ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен. балл
Подготовка к процедуре			
1.	За 60 мин. до начала манипуляции извлечь из холодильника флакон с инсулином (для согревания). Примечание: <i>согревание флакона в руках не эффективно;</i> - запас инсулина (невскрытые флаконы) необходимо хранить в холодильнике при температуре 2-8 градусов тепла (ни в коем случае не замораживать); «начатый флакон» может храниться до 1 месяца в темном месте при комнатной температуре.	1	
2.	Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции и получить его согласие.	1	
3.	Вымыть руки на гигиеническом уровне.	1	
4.	Подготовить необходимое оснащение. Примечание: - в России в настоящее время используется две концентрации инсулина: 40ЕД в 1 мл препарата - U40 и 100ЕД в 1 мл - U100; - большинство стран мира уже перешло на единую концентрацию инсулина – 100ЕД/мл. Россия тоже начала этот процесс. Поэтому всегда при получении новой партии инсулина или новых шприцев следует проверять совпадение концентрации инсулина на флаконах и шприцах.	1	
5.	Надеть перчатки. Резиновую пробку флакона обработать антисептическим раствором и дать раствору высохнуть. Набрать лекарственное средство из флакона (см. алгоритм «набор лекарственного средства из флакона»). Примечание: - инсулин пролангированного действия перед введением надо хорошо перемешать путем «перекачивания» флакона между ладонями; - нельзя смешивать в одном шприце инсулин короткого и пролангированного действия; - если для инъекции используется две иглы (одна для набора, другая для инъекции), то набираем в шприц на 2-4 ЕД больше, чем необходимо, избыток инсулина будет удален при вытеснении воздуха из иглы для инъекции.	1	

6.	Путем осмотра и пальпации определить непосредственное место инъекции. Примечание: - для профилактики развития осложнений (липодистрофии, инфильтратов) необходимо чередовать места инъекций, а также отступать от места предыдущей инъекции не менее чем на 2 см; - смена мест инъекций должна быть одинаковой каждый день, в противном случае это может привести к колебаниям уровня сахара крови.	1	
7.	Обработать кожу двумя ватными шариками, смоченными антисептиком (первым шариком - большое поле, вторым шариком – непосредственно место инъекции). Примечание: После обработки инъекционного поля антисептическим раствором, антисептик должен полностью испариться. Иначе произойдет разрушение инсулина.	1	
8.	Взять шприц в правую руку: 5 палец придерживает канюлю иглы; 1,3,4, пальцы охватывают цилиндр; 2 палец фиксирует поршень.	1	
9.	1 и 2 пальцами левой руки собрать кожу в складку и ввести иглу в основание складки под углом 45°. Примечание: инсулин вводится сверху вниз строго п/к.	1	
10.	Перевести левую руку на поршень и ввести инсулин.	1	
11.	После введения инсулина к месту инъекции прикладывается сухой стерильный шарик или ничего (не производить массаж места инъекции!). Примечание: Использованный шарик поместить в дезинфицирующий раствор.	1	
12.	Снять перчатки, поместить в дезинфицирующий раствор. Вымыть руки (гигиенический уровень).	1	
13.	После введения инсулина (короткого действия) через 20-30 минут пациента необходимо покормить пищей, богатой углеводами.	1	
Итого		13	

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 8	9 - 10	11 - 12	13

ВЗЯТИЕ КРОВИ ИЗ ВЕНЫ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СИСТЕМОЙ ВАКУУМНОГО ЗАБОРА КРОВИ VASUETTE

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен. балл
Подготовка к процедуре			
1.	Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции, правилах подготовке к ней и ходе ее выполнения. Получите согласие.	1	
2.	Заполните направление.	1	
3.	Подготовьте оснащение.	1	
4.	Усадите или уложите пациента удобно. Рука в разогнутом виде находится ладонью вверх, так чтобы плечо и предплечье образовали	1	

	одну прямую линию.		
5.	Подложите под локоть клеенчатую подушечку для выравнивания сгиба.	1	
Выполнение процедуры			
6.	Вымойте руки, гигиенический уровень. Наденьте стерильные перчатки, маску, очки.	1	
7.	Наложите жгут на 7 – 10 см выше локтевого сгиба через салфетку или полотенце, пульс на лучевой артерии должен сохраниться.	1	
8.	Попросите пациента сжать кисть в кулак, определите место венепункции. Примечание: нельзя задавать для руки физ. нагрузку, так как это может привести к изменениям концентрации в крови некоторых показателей.	1	
9.	Обработайте место венепункции шариками, смоченными спиртом, от центра к периферии 2 раза. Просушите третьим стерильным шариком место венепункции.	1	
10.	Фиксируйте вену локтевого сгиба натяжением кожи с помощью большого пальца левой руки.	1	
11.	Пункцируйте вену под углом, расположив иглу скосом вверх под углом 25 – 30° к коже. При появлении крови в канюли иглы уменьшите угол наклона иглы до 10 – 15° и продвиньте ее на несколько миллиметров по ходу вены.	1	
12.	Как только кровь начнет поступать в пробирку, снимите жгут и попросите пациента разжать кулак.	1	
13.	После окончания забора крови к месту пункции приложите сухую стерильную салфетку, извлеките иглу из вены. Наложите бактерицидный пластырь или давящую повязку. Убедитесь в хорошем самочувствии пациента.	1	
Окончание процедуры			
14.	Сбросьте использованную иглу в непрокаляемую емкость с дезинфицирующим раствором.	1	
15.	Организуите доставку пробирок с кровью в специальном контейнере в лабораторию, направления доставить отдельно от пробирок с кровью.	1	
16.	Обработайте стол, жгут, клеенчатую подушечку в соответствии с требованиями санитарно – эпидемиологического режима.	1	
17.	Зарегистрируйте процедуру согласно документации учреждения.	1	
Итого		17	

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 10	11 - 14	15 - 16	17

СБОР МОКРОТЫ НА МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получ. балл
Подготовка к процедуре (накануне вечером)			
1.	Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться.	1	

	Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией; когда, по какому поводу, как он ее перенес.		
2.	Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры (если он с нею незнаком) и подготовку: - вечером, накануне исследования, перед сном тщательно почистить зубы; - утром, после сна, натошак, тщательно прополоскать рот кипяченой водой; - сделать несколько глубоких вдохов и выдохов, задержать дыхание и резко и резко выдохнуть; - открыть крышку плевательницы и откашлять в нее мокроту; - плотно закрыть крышку плевательницы и вымыть руки; Примечание: плевательница должна быть чистой, сухой. Примечание: если количество мокроты недостаточно (менее 3-5 мл), ее собирают в течение 3 суток в эту же емкость. В ночное время хранят в прохладном месте (4-6) ⁰ , а утром отправляют в лабораторию.	1	
3.	Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мокроты. При необходимости дать ему письменную инструкцию.	1	
4.	Указать, к каким последствиям приведет нарушение рекомендаций медсестры.	1	
5.	Получить согласие пациента на проведение процедуры.	1	
6.	Обеспечить пациента чистой сухой емкостью для сбора мокроты.	1	
Выполнение процедуры			
7.	Проконтролировать действия пациента по сбору мокроты на исследование.	1	
8.	Доставить ёмкость с материалом, направление в клиническую лабораторию на исследование. Примечание: мокрота может храниться в герметично закрытых контейнерах в холодильнике без консервантов при температуре 4-6 ⁰ не более 48-72 часов.	1	
Завершение процедуры			
9.	Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента.	1	
10.	Подклеить полученные результаты исследования в документацию.	1	
Итог		10	

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 6	7 - 8	9	10

СБОР МОЧИ НА ОБЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен балл
Подготовка к процедуре (накануне днем или вечером)			
1.	Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией; когда, по какому поводу, как он ее перенес.	1	
2.	Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры (если он с нею незнаком) и особенности подготовки: а) в амбулаторных условиях: - обучить пациента правилам подготовки посуды для сбора мочи:	1	

	сухая чистая емкость с крышкой, крышка должна быть вымыта содой (без мыла!); - дать направление на исследование, заполнив его по форме; - объяснить пациенту/семье, куда и в какое время нужно принести емкость с мочой и направление; б) в амбулаторных и стационарных условиях: - обучить пациента технике подмывания: утром, накануне исследования, обработать наружные половые органы теплой водой с мылом в направлении от уретры к промежности с последующим подсушиванием салфеткой в том же направлении. Примечание: во время менструации анализ мочи в плановом порядке не собирается. В экстренных случаях по назначению врача моча может быть собрана с помощью катетера или после введения во влагалище ватно – марлевого тампона; в) обучить пациента технике сбора мочи для исследования: утром после гигиенической процедуры, начать мочеиспускание, начать мочеиспускание в унитаз на счет , затем задержать мочеиспускание, открыть емкость и собрать в нее 100 - 200мл мочи, закрыть крышкой. г) в условиях стационара: объяснить пациенту, где он должен оставить емкость с мочой и кому сообщить об этом.		
3.	Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мочи. При необходимости дать ему письменную инструкцию.	1	
4.	Указать к каким последствиям приведет нарушение рекомендаций медсестры.	1	
5.	Получить согласие пациента на проведение процедуры.	1	
Выполнение процедуры (в стационаре)			
6.	Проконтролировать действия пациента по сбору мочи на исследование.	1	
7.	Доставить емкость с мочой в клиническую лабораторию на исследование.	1	
Завершение процедуры (в стационаре)			
8.	Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента.	1	
9.	Подклеить полученные на следующий день результаты исследования в документацию.	1	
Итог		9	

Критерии оценки: 100% - 60% (6 – 9 баллов)
59% и менее (5 баллов и менее)

вид деятельности освоен
вид деятельности не освоен

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 5	6 - 7	8	9

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА УХОДУ ЗА ТРАХЕОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКОЙ

№ п/п	Этапы	Исход балл	Получен. балл
Подготовка к процедуре			
1.	Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Поскольку пациент не может говорить, составить план вопросов, предполагающих однозначные ответы, чтобы пациент мог отвечать кивком головы. Объяснить цель и последовательность предстоящей процедуры, получить согласие на её проведение кивком (головы).	1	
2.	Подготовить оснащение.	1	
3.	Вымыть и осушить руки.	1	
Выполнение процедуры			
4.	Встать (сесть) перед зеркалом.	1	
5.	Отвести запор-флажок наружной трахеостомической трубки в положение «вверх».	1	
6.	Левой рукой большим и указательным пальцем зафиксировать пластинку наружной трахеостомической трубки с обеих сторон. Взять «ушки» внутренней трахеостомической трубки большим и указательным пальцами правой руки, плотно зафиксировав их, извлечь в направлении «от себя» дугообразным движением, внутреннюю трахеостомическую трубку из основной (наружной).	1	
7.	Погрузить внутреннюю трубку в емкость с раствором натрия гидрокарбоната и тщательно очистить ёршиком все поверхности от корок и слизи.	1	
8.	Промыть внутреннюю трахеостомическую трубку под проточной водой.	1	
9.	Просушить трубку стерильной салфеткой.	1	
10.	Салфеткой, смоченной глицерином, обработать внутреннюю канюлю. Перед ведением встряхнуть.	1	
Завершение процедуры			
11.	Левой рукой большим и указательным пальцем зафиксировать пластинку наружной трахеостомической трубки с обеих сторон. Ввести в отверстие наружной трубки внутреннюю трахеостомическую трубку, держа её за «ушки» большим и указательным пальцами правой руки. Перевести замок-флажок в положение «вниз».	1	
12.	На область трахеостомы наложить стерильную повязку: • обложить область трахеостомы стерильными марлевыми салфетками с четырех сторон в виде «штанишек»; • закрепить салфетки лейкопластырем; • накрыть отверстие трубки двухслойной марлевой салфеткой, зафиксировав её вокруг шеи повязкой типа «шторки». Примечание: летом салфетку необходимо увлажнять водой.	1	
13.	Вымыть и осушить руки.	1	
14.	Промыть под проточной водой и прокипятить в емкости для	1	

	кипячения ёршик и емкость для раствора натрия гидрокарбоната в течение 15 минут, после кипячения их просушить, завернуть в проглаженную ткань и хранить до следующего раза.		
Итог		14	

Критерии оценки: 100% - 60% (8 – 14 баллов)

вид деятельности освоен

59% и менее (8 баллов и менее)

вид деятельности не освоен

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 8	9 - 11	12 - 13	14

Тестовые задания

Проведение туалета тяжелобольного пациента. Подача судна и мочеприемника

Задания части «А»

При выполнении заданий ответа части (А1 – А13) обведите кружком номер правильного ответа в работе.

А1. Как часто тяжелобольному в стационаре моют голову?

- 1) ежедневно
- 2) два раза в неделю
- 3) еженедельно
- 4) раз в две недели

А2. Как часто пациенту без сознания необходимо обрабатывать полость рта?

- 1) каждые 2 часа
- 2) два раза в день
- 3) один раз в день
- 4) каждые 4 часа

А3. Как часто в терапевтическом стационаре проводят смену постельного белья пациенту?

- 1) каждый день
- 2) один раз в неделю
- 3) два раза в месяц
- 4) один раз в месяц

А4. При смене постельного белья, сброс грязного производят

- 1) на пол
- 2) в тканевой мешок
- 3) в корзину для белья
- 4) в клеенчатый мешок

А5. Перед подачей судна пациента необходимо уложить

- 1) на бок
- 2) в положение Фаулера
- 3) подложить под пациента клеенку
- 4) перевести кровать в горизонтальное положение

А6. Для размягчения серной пробки пациенту в ушную раковину капают раствор

- 1) фурацилина 1:5000

- 2) 0,9% натрия хлорида
- 3) 3% перекиси водорода
- 4) 2% бикарбоната натрия

А7. Почему нельзя слишком туго надувать резиновое судно?

- 1) может лопнуть
- 2) пациент будет скользить
- 3) сложно подложить под пациента
- 4) происходит сильное давление на крестец

А8. Как необходимо протирать ресницы и веки пациенту, не способному осуществлять самостоятельно личную гигиену?

- 1) сверху вниз
- 2) круговыми движениями
- 3) от наружного угла глаза к внутреннему
- 4) от внутреннего угла глаза к наружному

А9. Какое средство используется для размягчения корочек в носовой полости?

- 1) вазелиновое масло
- 2) 70⁰ этиловый спирт
- 3) 3% раствор перекиси водорода
- 4) 10% раствор камфорного спирта

А10. Как часто проводят обработку кожных покровов тяжелобольному пациенту?

- 1) ежедневно
- 2) 1 раз в неделю
- 3) 1 раз в 10 дней
- 4) 1 раз в 2 недели

А11. С целью профилактики пролежней обездвиженного пациента перемещают в постели через (час.)

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 10

А12. Постельные принадлежности тяжелобольного пациента после выписки из отделения

- 1) автоклавируют
- 2) стирают в прачечной
- 3) сжигают в термопечах
- 4) замачивают в дезрастворе *

А13. Вынужденное положение в постели пациент занимает с целью

- 1) облегчения своего состояния
- 2) более удобного приема пищи
- 3) уменьшения опасности возникновения пролежней
- 4) облегчения медперсоналу выполнения функций по уходу

Задания части «В»

В задании (В14 - В16) выберите три верных ответа из шести. Обведите кружком номер правильного ответа в работе.

В14. При каких заболеваниях необходимо быть особенно осторожным при стрижке ногтей пациенту?

- 1) при гепатите «В»
- 2) при сахарном диабете
- 3) при ишемическом инсульте
- 4) с ослабленным иммунитетом
- 5) при гипертонической болезни
- 6) при ишемической болезни сердца

В15. Какой раствор можно использовать для проведения туалета наружных половых органов пациентам?

- 1) 0,02% риванола
- 2) 0,02% фурацилина
- 3) 70⁰ этиловый спирт
- 4) 3% перекиси водорода
- 5) 10% камфорного спирта
- 6) калия перманганата 1: 10000

В16. Судно пациенту подают

- 1) обернутое пленкой
- 2) согретое теплой водой
- 3) с 3% раствором хлорамина
- 4) с 1% раствором хлорамина
- 5) с небольшим количеством воды
- 6) сухое, посыпанное сверху тальком

При выполнении заданий (В17 - В19) установите соответствие между содержанием первого и второго столбцов. Впишите в таблицу цифры выбранных ответов

В17. Установите соответствие между степенью пролежней и его клиническим проявлением

Степень пролежней

1. I степень
2. II степень
3. III степень
4. IV степень

Клинические проявления

- А. поверхностное нарушение целостности кожных покровов с распространением на подкожную клетчатку, стойкая гиперемия, отслойка эпидермиса;
- Б. разрушение кожного покрова вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу, рана, могут быть жидкие выделения;
- В. кожный покров не нарушен, устойчивая гиперемия, не проходящая после прекращения давления;
- Г. поражение всех мягких тканей, наличие полости, обнажающей нижележащие ткани.

Ответ:

1	2	3	4

В18. Установите соответствие между режимом двигательной активности пациента и его характеристикой

<u>Режим</u>	<u>Характеристика</u>
1. Строгий постельный	А. Больному запрещается вставать с кровати, разрешается поворачиваться в кровати, сидеть в кровати, частично осуществлять самоход;
2. Постельный режим	Б. Больному запрещены передвижения вне комнаты или палаты, при передвижении больного желательно контролировать его состояние;
3. Полупостельный	В. Больному категорически запрещается двигаться в кровати и вставать с неё, запрещается самоход;
4. Палатный	Г. Больной не ограничен в передвижении по квартире или больничному отделению;
5. Общий	Д. Больному разрешается половину время бодрствования проводить в положении сидя в комнате или палате вне кровати, для принятия пищи и самохода может самостоятельно перемещаться по комнате или палате.

Ответ:

1	2	3	4	5

В19. Установите соответствие между термином и его определением

<u>Термин</u>	<u>Определение</u>
1. Паралич	А. паралич мышц одной половины тела;
2. Гемиплегия	Б. аномальное возникающее в коже ощущение онемения, ползания мурашек, покалывания;
3. Парестезия	В. потеря двигательной функции какой-либо мышцы или группы мышц.
4. Парез	Г. частичная потеря мышечной силы
5. Тетраплегия	Д. паралич всех четырех конечностей

Ответ:

1	2	3	4	5

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выберите 1 правильный ответ:

1. К рентгенологическим методам исследования относится:
 1. цистоскопия
 2. колоноскопия
 3. ирригоскопия
 4. эзофагогастродуоденоскопия

2. К эндоскопическим методам исследования относятся:
 1. холеграфия
 2. ирригоскопия
 3. колоноскопия
 4. внутривенная урография
3. Беспшлаковая диета исключает прием:
 1. углеводов
 2. черного хлеба, овощей, фруктов, молока
 3. мяса, яиц, рыбы, гречневой каши
 4. соли и жидкости
4. Колоноскопия – это:
 1. эндоскопическое исследование тощей кишки
 2. эндоскопическое исследование толстой кишки
 3. эндоскопическое исследование 12-ти перстной кишки
 4. эндоскопическое исследование подвздошной кишки
5. Проба на индивидуальную чувствительность к контрастному препарату необходима перед проведением:
 1. ирригоскопии
 2. эзофагогастродуоденоскопии
 3. внутренней урографии
 4. колоноскопии
6. Ректороманоскопия – это:
 1. эндоскопическое исследование прямой и сигмовидной кишки
 2. рентгенологическое исследование прямой и сигмовидной кишки
 3. эндоскопическое исследование тощей кишки
 4. рентгенологическое исследование слепой кишки
7. Рентгенологическое исследование желудка проводится:
 1. после опорожнения мочевого пузыря
 2. непосредственно после очистительной клизмы
 3. натощак
 4. без предварительной подготовки пациента
8. В эндоскопический кабинет пациент должен принести с собой:
 1. желчегонный завтрак
 2. полотенце
 3. грелку
 4. не съеденный завтрак
9. Непосредственно перед ректороманоскопией пациент:
 1. выпивает 2 литра жидкости
 2. опорожняет мочевой пузырь
 3. выпивает бариевую взвесь
 4. принимает активированный уголь
10. С целью подготовки к УЗИ органов малого таза необходимо:
 1. в течение трех дней принимать мочегонные препараты
 2. в течение трех дней придерживаться диеты № 4

3. накануне исследования принять желчегонный препарат
4. за 2 часа до исследования выпить 1,5 литра жидкости

11. Биопсия возможна при проведении:

1. холецистографии
2. ирригоскопии
3. ЭГДС
4. бронхографии

12. Диета перед колоноскопией:

1. с исключением мясных и рыбных продуктов, яиц, зелени
2. № 4
3. Шмидта
4. № 7

Выберите 3 правильных ответа:

13. Особенности подготовки пациента к УЗИ органов брюшной полости:

1. соблюдение бесшлаковой диеты в течение нескольких дней
2. прием адсорбентов (активированного угля, карболена) в течение нескольких дней перед обследованием
3. исследование натощак
4. гипертоническая клизма накануне исследования
5. прием слабительных препаратов накануне исследования

14. Мероприятия при метеоризме:

1. введение газоотводной трубки
2. ограничение продуктов, богатых клетчаткой и крахмалом, в пищевом рационе
3. применение активизированного угля, ветрогонных трав
4. промывание желудка
5. применение ферментных препаратов

Эталоны ответов

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. 3,
2. 2
3. 2
4. 3
5. 1
6. 3
7. 3
8. 2
9. 2
10. 4
11. 3
12. 2
13. 2,3,5
14. 1,2,3

Сердечно-легочная реанимация

Задания части «А»

При выполнении заданий части «А» (А1 – А15) в работе обведите номер правильного ответа кружком.

Выберите один правильный ответ

А1. Какое состояние считается пограничным между жизнью и смертью?

- 1) коллапс
- 2) обморок
- 3) кардиогенный шок
- 4) клиническая смерть

А2. Какой признак свидетельствуют о проходимости дыхательных путей при сердечно-легочной реанимации?

- 1) расширение зрачков
- 2) изменение цвета кожных покровов
- 3) появление клинических и тонических судорог
- 4) экскурсия грудной клетки во время искусственного вдоха

А3. Какой признак свидетельствует о наступлении клинической смерти?

- 1) гипотермия тела
- 2) появление трупных пятен
- 3) отсутствие реакции на звук
- 4) отсутствие пульса на сонной артерии

А4. Укажите признак биологической смерти

- 1) симптом «кошачьего глаза»
- 2) резкая бледность кожных покровов
- 3) отсутствие пульса на сонной артерии
- 4) появление цианоза носогубного треугольника

А5. Какие состояния могут привести к внезапной остановки сердца?

- 1) гипертермия
- 2) инфаркт миокарда
- 3) неукротимая рвота
- 4) многократная диарея

А6. Какой симптом подтверждает частичную обструкцию дыхательных путей?

- 1) пострадавший в сознании
- 2) пострадавший без сознания
- 3) шумное прохождение воздуха
- 4) при проведении искусственного дыхания, легкие не раздуваются

А7. При аспирации желудочного содержимого реаниматор должен

- 1) очистить полость рта
- 2) расстегнуть стесняющую одежду
- 3) повернуть пострадавшего на живот
- 4) подложить валик под плечевой пояс

А8. При проведении искусственной вентиляции легких, воздух попал в желудок. Какой симптом свидетельствует о попадании воздуха в желудок?

- 1) гипертермия тела
- 2) бледность кожных покровов
- 3) раздувание (экскурсия) грудной клетки
- 4) вздувание эпигастральной области

А9. Какой симптом свидетельствует об эффективности проведения искусственной вентиляции легких?

- 1) гипертермия тела
- 2) бледность кожных покровов
- 3) раздувание (экскурсия) грудной клетки
- 4) вздувание эпигастральной области

А10. При проведении искусственного дыхания у пациента вздулась эпигастральная область. Что послужило причиной попадания воздуха в желудке?

- 1) нечастые компрессии грудной клетки.
- 2) частые компрессии грудной клетки.
- 3) неправильное сочетание компрессий и вдуваний
- 4) голова пострадавшего недостаточно запрокинута назад

А11. Какие мероприятия необходимо провести реаниматологу в случае попадания большого количества воздуха в желудок?

- 1) прекратить реанимационные мероприятия
- 2) надавить на эпигастральную (подложечную) область
- 3) продолжать реанимационные мероприятия
- 4) увеличить число компрессий на грудную клетку

А12. При проведении сердечно-легочной реанимации спасателем была неправильно выбрана точка для нажатия на грудину. Какое возможно осложнение?

- 1) перелом ребер
- 2) гипертермия тела
- 3) смещение позвоночника
- 4) вздувание эпигастральной области

А13. Какой критерий свидетельствует об эффективности проводимых реанимационных мероприятий?

- 1) появление рвоты
- 2) появление пульса
- 3) появление судорог
- 4) снижение температуры тела

А14. Что предпринять в случае, когда проведение искусственной вентиляции легких способом «изо рта в рот» представляет угрозу для жизни спасателя (инфекционный пациент)?

- 1) вызвать и ждать «скорую помощь»
- 2) проводить непрямой массаж сердца до прибытия «скорой помощи»
- 3) преодолеть психологический барьер во имя жизни умирающего и проводить ИВЛ
- 4) проводить искусственную вентиляцию способом «изо рта в нос», используя в качестве прокладки носовой платок

А15. Запрокидывание головы при проведении искусственного дыхания, недопустимо при

- 1) наличии протезов

- 2) переломе костей таза
- 3) отсутствии жесткой поверхности
- 4) переломе шейного отдела позвоночника

A16. Верны ли следующие суждения о СЛР? Обведите кружком номер правильного ответа в работе.

А. Сердечно-легочная реанимация - комплекс мероприятий медицинского характера, направленных на восстановление угасающих или угасших функций организма.

Б. Сердечно-легочная реанимация - комплекс мероприятий медицинского характера, направленных на восстановление сердечной деятельности.

- 1) верно только А
- 2) верно только Б
- 3) верны оба суждения
- 4) оба суждения неверны

A17. Верны ли следующие суждения о клинической смерти? Обведите кружком номер правильного ответа в работе.

А. Клиническая смерть - обратимое состояние, при котором отсутствуют какие-либо признаки жизни (человек не дышит, его сердце не бьется, невозможно выявить рефлексy и другие признаки мозговой активности)

Б. Клиническая смерть - необратимое состояние, наступающее после остановки кровообращения и длящееся 3-5 минут, ведущее к необратимой гибели мозга.

- 1) верно только А
- 2) верно только Б
- 3) верны оба суждения
- 4) оба суждения неверны

A18. Верны ли следующие суждения об этапах СЛР? Обведите кружком номер правильного ответа в работе.

А. Сердечно-легочная реанимация состоит из четырех этапов

Б. Сердечно-легочная реанимация состоит из трех этапов

- 1) верно только А
- 2) верно только Б
- 3) верны оба суждения
- 4) оба суждения неверны

Задания части «В»

В заданиях В19– В23 выберите три верных ответа из шести. Обведите кружком номер правильного ответа в работе.

В19. При проведении реанимационных мероприятий спасатель под рукой почувствовал хруст ребер. Какие причины могут привести к перелому ребер, грудины?

- 1) слишком жесткая поверхность
- 2) увеличенный ритм надавливаний
- 3) чрезмерное давление компрессий
- 4) неправильное сочетание компрессий и вдуваний
- 5) проведение массажа сердца в неверно выбранной точке
- 6) голова пострадавшего недостаточно запрокинута назад

В20. Медсестра и врач проводили сердечно-легочную реанимацию в течении 10 минут. Какие объективные критерии являются для прекращения СЛР?

- 1) появление судорог
- 2) усталость спасателя
- 3) отсутствие сердцебиения
- 4) бледность кожных покровов
- 5) отсутствие дыхания в течении 7 минут
- 6) появление признаков биологической смерти

В21. Какие симптомы свидетельствуют об эффективности проведения искусственного дыхания?

- 1) гипертермия тела
- 2) появление рвоты
- 3) самостоятельное дыхание
- 4) изменение кожных покровов
- 5) вздутие эпигастральной области
- 6) хорошее раздувание (экскурсия) грудной клетки

В22. В палате терапевтического отделения у пациента произошла остановка сердечной деятельности. Какие мероприятия должна провести медсестра?

- 1) вызвать врача
- 2) сообщить родственникам
- 3) зарегистрировать в истории болезни
- 4) вывести других пациентов из палаты
- 5) начать реанимационные мероприятия
- 6) транспортировать пациента в отдельную палату

В23. При проведении искусственной вентиляции у пациента началась рвота. Какие мероприятия должна провести медсестра?

- 1) очистить рот пострадавшего
- 2) измерить артериальное давление
- 3) ввести противорвотное средство
- 4) прекратить искусственное дыхание
- 5) повернуть голову и все тело пострадавшего набок
- 6) перевернуть пострадавшего на спину и продолжить искусственное дыхание

В заданиях В24 – В28 установите соответствие между содержанием первого и второго столбцов. Впишите в таблицу буквы выбранных ответов.

В24. ***Установите соответствие между понятием и его обоснованием***

<u>Понятие</u>	<u>Обоснование</u>
1. Частичная обструкция	А. Пострадавший может дышать, но у него появляется сильный кашель, с трудом, но может говорить. Свистящие звуки при вдохе и выдохе.
2. Полная обструкция	Б. Пострадавший в таком положении не может говорить, дышать, кашлять В. Пострадавший в таком положении может говорить, но не может дышать

Ответ

1	2

В25. Установите соответствие между понятием и его обоснованием

<u>Понятие</u>	<u>Обоснование</u>
1. Тахипноэ	А. Отсутствие дыхания
2. Брадипноэ	Б. Учащение дыхания
3. Апноэ	В. Урежение дыхания
4. Асфиксия	Г. нарушение проходимости дыхательных путей
5. Обструкция	Д. Удушье
	Е. Нарушение сердечной деятельности

Ответ

1	2	3	4	5

В26. Установите соответствие между этапами СЛР и их характеристикой

<u>Этапы</u>	<u>Характеристика</u>
1. Первый	А. Проведение закрытого непрямого массажа сердца и восстановление кровообращения
2. Второй	Б. Дифференциальная диагностика, медикаментозная терапия, дефибриляция сердца
3. Третий	В. Восстановление проходимости дыхательных путей
4. Четвертый	Д. Оценка функционального состояния организма

Ответ

1	2	3	4	5

В27. Установите соответствие между понятием и его характеристикой

<u>Понятие</u>	<u>Характеристика</u>
1. Клиническая смерть	А. Высыхание роговицы – появление «селедочного блеска», симптом «кошачьего глаза». Появление трупных пятен, трупного окоченения
2. Биологическая смерть	Б. Отсутствие пульсации на крупных сосудах, отсутствие сознания, отсутствие дыхания расширение зрачков, отсутствие их реакции на свет В. Отсутствие пульсации на крупных сосудах, отсутствие сознания, но сохранение их реакции на свет

Ответ

1	2
----------	----------

--	--

В28. Установите соответствие между состоянием и причиной состояния

<u>Состояние</u>	<u>Причина</u>
1. Остановка сердца	А. Нарушение коронарного кровообращения (инфаркт миокарда, расстройство сердечного ритма, стенокардия), шоки, отравления, массивная кровопотеря
2. Обструкция	Б. Механическое попадание инородных тел, передозировка снотворных средств, отравления, коматозные состояния, утопления В. Химическое воздействие лекарственных средств, которые способствуют угнетению глоточного рефлекса при поражениях ЦНС.

Ответ

1	2

Задание части «С»

В заданиях С29 – С30 выполните указанные задания. Ответ изложите письменно.

С 29.

У пострадавшего в автомобильной катастрофе после массивного кровотечения произошла остановка сердца.

Объективно: пульс, дыхание и сознание отсутствуют, кожные покровы бледные.

Задание

1. Укажите, какое терминальное состояние развилось у пострадавшего.
2. Окажите реанимационную помощь вне лечебного учреждения.

С 29.

В столовой один из сотрудников поперхнулся и стал задыхаться. Говорит с трудом, кашляет, хватается руками за шею.

Объективно: дыхание свистящее при вдохе и выдохе, кожные покровы синюшные, цианоз носогубного треугольника. Психомоторное возбуждение, ЧДД 45 в 1 мин., PS 96 ударов в минуту, ритмичный.

Задание

1. Укажите вид обструкции.
2. Окажите реанимационную помощь вне лечебного учреждения.

Эталоны ответов Сердечно-легочная реанимация

А 1. - 4, А 2. - 4, А 3. - 4, А 4. - 1, А 5. - 2, А 6. - 3, А 7. - 1, А 8. - 4, А 9. - 3
А 10. - 4, А 11. - 2, А 12. - 1, А 13. - 2, А 14. - 2, А 15. - 4, А 16. - 1,
А 17. - 1, А 18. - 1; 19. -2, 3, 5; 20. -3, 5, 6; 21. -3, 4, 6; 22. -1, 4, 5
23.- 1, 5, 6; 24. -1 -А, 2 -Б; 25. - 1-Б, 2-В, 3-А, 4-Д, 5-Г
26. -1 -Г, 2-Б, 3 -А,4-В; 27. -1- Б, 2-А ; 28. -1-А, 2- Б

С 29.

У пострадавшего в автомобильной катастрофе развилось состояние клинической смерти.

2. Реанимационные мероприятия:

- ✓ уложите пострадавшего на ровную твердую поверхность
- ✓ максимально запрокиньте голову пострадавшего, откройте дыхательные пути
- ✓ немедленно начните искусственную вентиляцию легких и непрямой массаж сердца
- ✓ через каждые 4 цикла проверяйте эффективность сердечно-легочной реанимации (наличие пульсации на сонной артерии, дыхание, реакцию зрачков на свет)
- ✓ продолжайте сердечно-легочную реанимацию до появления пульсации на сонной артерии или до приезда «скорой помощи», или до констатации биологической смерти.

С 30.

1. У пострадавшего произошла частичная обструкция дыхательных путей.

2. Реанимационные мероприятия:

- ✓ попытайтесь успокоить пациента
- ✓ попросите кого-нибудь вызвать «скорую помощь»
- ✓ осмотрите ротовую полость пациента

•Если инородное тело видно в ротовой полости:

- ✓ попытайтесь удалить инородное тело из ротовой полости согнутым пальцем (обернутым салфеткой или носовым платком)
- ✓ если вам не удастся удалить инородное тело, не пытайтесь делать это, так как вы можете протолкнуть инородное тело дальше и вызвать полную обструкцию дыхательных путей

•Если инородное тело не видно в ротовой полости (если не удалось извлечь инородное тело пальцем):

- ✓ выполните прием Хеймлиха пострадавшему
- ✓ выполняйте прием до извлечения инородного тела из дыхательных путей или до приезда «скорой помощи».

Тест

Потери, смерть, горе. Сестринская помощь

Задания части «А»

При выполнении заданий части «А» (А1 – А 18) в работе обведите номер правильного ответа кружком.

Выберите один правильный ответ

A1. Паллиативное лечение – это:

- 1) мероприятия, направленные на иссечение опухоли
- 2) мероприятия, направленные на лечение лучевой терапией
- 3) мероприятия, направленные на улучшение качества жизни больного
- 4) мероприятия, направленные на лечение цитостатическими препаратами

A2. При паллиативном лечении основной целью является

- 1) борьба с болью
- 2) лучевая терапия

- 3) ранняя диагностика
- 4) оперативное вмешательство

A3. Основную роль в уходе и наблюдении за больными в хосписе осуществляет

- 1) родственник
- 2) лечащий врач
- 3) старшая сестра
- 4) медицинская сестра

A4. Хоспис – это

- 1) медицинское учреждение для инвалидов
- 2) медицинское учреждение для пожилых пациентов
- 3) медицинское учреждение для пациентов с заболеванием крови
- 4) медицинское учреждение для онкологических больных на тяжелой стадии заболевания

A5. План ухода за пациентом при паллиативном лечении составляется с учётом

- 1) состояния пациента
- 2) пожеланий пациента
- 3) мнения родственников
- 4) мнения медицинской сестры

A6. Какое состояние считается пограничным между жизнью и смертью?

- 1) коллапс
- 2) обморок
- 3) кардиогенный шок
- 4) клиническая смерть

A7. В какой стадии эмоционального состояния находится пациент, когда в силу своего состояния срывает зло на ком угодно, в своей беде обвиняет всех?

- 1) гнева
- 2) принятия
- 3) депрессия
- 4) отрицания

A8. Как называется эмоциональное состояние, в котором умирающий пациент грустит, оплакивает свою будущую смерть?

- 1) гнева
- 2) принятия
- 3) депрессия
- 4) отрицания

A9. Вместе с умершим человеком уходят старые привычки поведения и возникают новые. Как называется стадия, когда человек в состоянии вспоминать умершего без всепоглощающей печали

- 1) гнева
- 2) принятия
- 3) депрессия
- 4) отрицания

A.10. При паллиативном подходе пациенту оказывается помощь

- 1) дружеская

- 2) социальная
- 3) материальная
- 4) эмоциональная

А.11. Эта стадия наступает после того, как человек впервые осознаёт, что он обречён, это стадия

- 1) гнева
- 2) принятия
- 3) депрессия
- 4) отрицания

А12. Назовите, кто наиболее подвержен риску сильнейшей скорби.

- 1) дети
- 2) мужчины
- 3) женщины
- 4) подростки

А13. Укажите признак биологической смерти

- 1) симптом «кошачьего глаза»
- 2) резкая бледность кожных покровов
- 3) отсутствие пульса на сонной артерии
- 4) появление цианоза носогубного треугольника

А14. При осмотре пациента в палате медсестра выявила резкую бледность кожных покровов, отсутствие сознания. Какой признак свидетельствует о наступлении клинической смерти?

- 1) гипотермия тела
- 2) появление трупных пятен
- 3) отсутствие реакции на звук
- 4) отсутствие пульса на сонной артерии

А15. В палате медсестра обнаружила пациента с признаками биологической смерти. Что должна сделать медсестра?

- 1) позвать врача
- 2) констатировать смерть
- 3) позвонить родственникам
- 4) доложить старшей медсестре

А16. Верны ли следующие суждения о паллиативной помощи? Обведите кружком номер правильного ответа в работе.

А. Паллиативная помощь направлена на улучшение качества жизни больных со смертельным заболеванием и их близких

Б, .Паллиативная помощь направлена на оказание социальной, психологической, медицинской и духовной помощи для онкологических больных на тяжелой стадии заболевания

- 5) верно только А
- 6) верно только Б
- 7) верны оба суждения
- 8) оба суждения неверны

А17. Верны ли следующие суждения о ?

Обведите кружком номер правильного ответа в работе.

- А. Терапевтическое общение – благоприятное воздействие, оказываемое на психику пациента с помощью слов
- Б. Терапевтическое общение – благоприятное воздействие, оказываемое на психику пациента с помощью слов и лекарственных препаратов
- 5) верно только А
 - 6) верно только Б
 - 7) верны оба суждения
 - 8) оба суждения неверны

A18. Верны ли суждения о сестринской деонтологии? Обведите кружком номер правильного ответа в работе.

- С. Сестринская деонтология- наука о долге перед пациентом и обществом, профессиональном поведении медицинского работника, является частью сестринской этики.
- Д. Сестринская деонтология- философская дисциплина, изучающая вопросы морали и нравственности.
- 1) верно только А
 - 2) верно только В
 - 3) верны оба суждения
 - 4) оба суждения неверны

Задания части «В»

В заданиях В19– В23 выберите три верных ответа из шести. Обведите кружком номер правильного ответа в работе.

В19. Какие признаки клинической смерти?

- 1) отсутствие сознания
- 2) отсутствие дыхания
- 3) отсутствие сердцебиения
- 4) наличие тонических судорог
- 5) размягчение глазного яблока
- 6) резкая бледность кожных покровов

В20. Какие проблемы могут возникнуть у пациента при нарушении удовлетворения потребности в движении?

- 1) развития парезов
- 2) развития пролежней
- 3) развитее гипертермии
- 4) развития атрофии мышц
- 5) развития нарушения сна
- 6) развитие нарушения речи

В21. Какие проблемы могут возникнуть у пациента при нарушении удовлетворения потребности в дыхании?

- 1) снижение массы тела
- 2) возникновение кашля
- 3) повышение массы тела
- 4) возникновение одышки
- 5) боль в области грудной клетке
- 6) боль в эпигастральной области

В 22 Какие проблемы могут возникнуть у пациента при нарушении удовлетворения потребности в личной гигиене?

- 1) возникновение зуда
- 2) появление мацерации
- 3) снижение массы тела
- 4) появление пролежней
- 5) возникновение одышки
- 6) появление гипертермии

В 23, Какие проблемы могут возникнуть у пациента при нарушении удовлетворения потребности в физиологических отправлениях?

- 1) появление отеков
- 2) появление диареи
- 3) появление запоров
- 4) возникновение зуда
- 5) возникновение одышки
- 6) появление гипертермии

В заданиях В24 – В29 установите соответствие между содержанием первого и второго столбцов. Впишите в таблицу буквы выбранных ответов.

В.24. Установите соответствие между состоянием сознания и характеристикой

Состояние сознания:

Характеристика

1. Ясное сознание

А. состояние оглушения, оцепенения; на вопросы пациент отвечает с опозданием и не осмысленно.

2. Спутанное сознание

Б. патологический глубокий сон; пациент без сознания, не сохранены рефлексy, громким голосом его можно вывести из состояния оцепенения, но он вскоре вновь впадает в сон.

3. Ступор

В. пациент отвечает на вопросы правильно, но с опозданием.

4. Сопор

Г. полное угнетение функций ЦНС: сознание отсутствует, мышцы расслаблены, утрата чувствительности и рефлексов.

5. Кома

Д. пациент отвечает на вопросы быстро и конкретно.

Ответ

1	2	3	4	5

В.25. Установите соответствие между стадиями терминального состояния и их характеристикой.

Стадии терминального состояния

Характеристика

1.преагония

А.отсутствие пульсации на крупных сосудахотсутствие дыхания.

2.агония

отсутствие сознания, расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет
Б.сознание сохранено, но спутано
артериальное давление падает, пульс и дыхание учащаются, кожные покровы бледнеют

3.клиническая смерть

В.сердцебиение урежается, дыхание становится редким, зрачки расширяются, исчезает роговичный рефлекс, тонические судорог

1	2	3

В 26. Установите соответствие между стадиями эмоционального состояния и их характеристикой

Эмоциональные состояния

Характеристика

1.стадия гнева

А.Эта стадия наступает после того, как человек впервые осознаёт, что он обречён. Больные могут ходить от одного врача к другому в надежде, что им поставят более благоприятный диагноз, при этом стремятся изолировать себя от родственников и друзей.

2. стадия отрицания

Б.Пациент способен «сорвать зло» на ком угодно. В своей беде он обвиняет всех подряд: близких людей, врачей, самого себя

3. стадия принятия

В.Умиравший может начать торговаться с самим собой, Богом или судьбой за продление жизни. В основе таких торгов часто лежит чувство вины: «Господи, если ты сохранишь мне жизнь, курить я больше никогда не буду!»

4. стадия депрессии

Г. Умиравший грустит, потому что, умирая, он лишается всего, чем дорожил. Он оплакивает свою будущую смерть. Это важное эмоциональное приспособление в подготовке к окончательной разлуке.

5.стадия «торга»

Д.Это состояние близкое к отсутствию вообще каких-либо переживаний. Умиравшие, однако, часто не теряют

Ответ

1	2	3	4	5

надежду до самого конца и «сдаются» лишь тогда, когда смерть уже неминуема. Некоторые умирающие так никогда и не достигают этой стадии

В.27. Установите соответствие между видами боли и их характеристикой.

Виды боли

Характеристика

1. иррадиирующая

А. боль, возникающая в результате психической травмы и сопровождающиеся чувством тревоги или страха.

2. фантомная

Б. боль возникает, когда раздражение с одной ветви нерва передается на другую, в результате чего в зоне иннервации последней ощущается боль.

3. психогенная

В. боль передается, как краткая по времени с легко идентифицируемой причиной, это предупреждение организму о существующей в данный момент опасности органического повреждения

4. острая

Г. боль, возникающая в культе после ампутации конечности

Ответ

1	2	3	4

В.28. Установите соответствие между состоянием и причинами

Состояние

Причины

1. остановка сердца

А. нарушение коронарного кровообращения (инфаркт миокарда, расстройство сердечного ритма, стенокардия)
- массивная кровопотеря
- шоки
- отравления

2. обструкция

Б. механическое попадание инородных тел. угнетения глоточного рефлекса при поражениях ЦНС, передозировке снотворных средств и транквилизаторов, отравлениях и коматозных состояниях, утоплений.

В. химическое воздействие лекарственных препаратов, которые способствуют угнетению глоточного рефлекса при поражениях ЦНС

Ответ

1	2

В29. Установите соответствие между сестринскими вмешательствами и действиями медсестры

Сестринские вмешательства

1. Зависимые

2. Независимые

3. Взаимозависимые

Действия медсестры

А. выполнение манипуляции по требованию врача

Б. сотрудничество медсестры с другим специалистом

В. действия медсестры, осуществляемые по собственной инициативе

Ответ

1	2	3

Задание части «С». Прочитайте задачу, определите приоритетную проблему и составьте план ухода за тяжелобольным пациентом.

С30. Пациент онкологического диспансера поделился своим горем с медсестрой. Он тяжело переживает за свое здоровье и состояние в котором находится. Прошло несколько месяцев, как он узнал о диагнозе, боли сильно не беспокоят, но ощущение страдания не покидает его. Появилась бессонница, чисто механически, без аппетита принимает пищу. Понимает, что надо взять себя в руки и жить дальше, но ничего с собой сделать не может. Он неоднократно отмечал появление неприятных давящих ощущений в области сердца и страх при их появлении.

Задание:

1. Определите, какие потребности нарушены у мужчины.
2. Определите проблемы.
3. Определите цель сестринского вмешательства.
4. Составьте план ухода, дайте рекомендации письменно.

Эталоны ответов

Потери, смерть, горе. Сестринская помощь

Задание части «А»

1.- 3, 2. – 1, 3. – 4, 4. – 4, 5. – 1, 6. -4, 7. -1, 8. -3, 9. – 2, 10. -2, 11. -4, 12. -1, 13. – 1, 14. -4, 15. -1, 16. -3, 17. -1, 18. -1

Задание части «В»

19. -1,2,3; 20. -1,2,4; 21. - 2,4,5; 22. - 1,2,4; 23. -1,2,3; 24. -1 -Д, 2 –В, 3 – А, 4 –Б, 5-Г; 25. -1–Б, 2 – В, 3 – А;

26. -1 -Б, 2-А,3 –Д,4 –Г,5 – В; 27. -1– Б, 2 – Г,3–А,4–В
 28. -1- А, 2– Б; 29.1-А,2-В,3-Б

Эталон ответа к ситуационной задаче:

Нарушены потребности:

- в безопасности
- в сне и отдыхе
- в пище
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Дисфункциональное переживание горя, проявляющееся в виде бессонницы, снижения аппетита и появления неприятных ощущений за грудиной.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства
Дисфункциональное переживание горя, проявляющееся в виде бессонницы, снижения аппетита и появления неприятных ощущений за грудиной.	Пациент примет ситуацию как свершившийся факт, восстановит силы для преодоления постигшего горя.	1. Провести беседу для выявления уровня тревожности пациента. 2. Осуществить ЭКГ исследование пациента по назначению врача. 3. Дать рекомендации относительно коррекции режима питания и отдыха. 4 Провести беседу с родными о необходимости более яркого выражения своих чувств по отношению к близкому человеку .Проявлять заботу и участие в её жизни. 5,. Рекомендовать пациенту не замыкаться, принимать заботу о себе. 6, Выполнять рекомендации врача (лечение и уход), способствующие повышению качества жизни пациента. 7.Организовать консультацию психоневролога. 8.Познакомить с пациентом с аналогичным заболеванием 9.Организовать досуг пациента с учетом его интересов

Вопросы для подготовки к экзамену по МДК 01.03 Технология оказания медицинских услуг

1. Энтеральный способ введения лекарственных средств (через рот, сублингвально)
2. Применение дозированного карманного ингалятора
3. Внутримышечная инъекция антибиотика
4. Подкожная инъекция
5. Внутривенная инъекция
6. Подкожное введение инсулина
7. В/в капельное вливание
8. Забор крови на биохимическое исследование
9. Измерение АД, ЧДД, пульса

10. Измерение температуры тела в подмышечной впадине, регистрация температуры в температурном листе
11. Сестринская помощь при лихорадке (1,2,3, периоды, кризис)
12. Сестринская помощь при гипогликемии
13. Постановка горчичников
14. Применение пузыря со льдом
15. Оксигенотерапия
16. Кормление через назогастральный зонд
17. Помощь пациенту в личной гигиене, профилактика пролежней
18. Туалет носовой полости
19. Первая помощь пациенту в острых критических состояниях
20. Промывание желудка зондовым способом
21. Сестринская помощь при рвоте
22. Сестринская помощь при желудочно-кишечном кровотечении
23. Постановка очистительной клизмы
24. Постановка масляной клизмы
25. Подготовка пациента к ректороманоскопии
26. Катетеризацию мочевого пузыря мягким катетером
27. Уход за постоянным мочевым катетером
28. Сестринская помощь при острой задержке мочи
29. Сбор мокроты на атипичные клетки
30. Сбор мокроты на общий анализ
31. Сбор мочи по Зимницкому
32. Сбор мочи по Нечипоренко
33. Проведите инструктаж пациента по сбору мочи на сахар
34. Забор кала на бактериологическое исследование

Билет №1

Пациент Р.А., 30 лет, страдает артериальной гипертензией, находится на диспансерном учете участкового врача терапевта. При очередном обследовании врачом назначен 25% раствор сульфата магния - 5,0 в/м

Задание: продемонстрируйте ведение 5,0-25% раствора магния сульфата внутримышечно на фантоме.

Билет №2

Иванов И.И., 75 лет, находится на лечении в кардиологическом отделении стационара по поводу хронической сердечно-легочной недостаточности. Врач назначил вводить ежедневно 2 раза в сутки раствор камфоры в масле 20% - 2,0 подкожно.

Задание: продемонстрируйте подкожное введение камфоры в масле 20% - 2,0 на фантоме.

Оценочный лист к билету № 1

ВЫПОЛНЕНИЕ ВНУТРИМЫШЕЧНОЙ ИНЪЕКЦИИ

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен. балл
<i>Подготовка к процедуре</i>			
1.	Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Выяснить,	1	

	приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией: когда, по какому поводу, как он ее перенес.		
2.	Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры (если он с нею незнаком). Получить его согласие.	1	
3.	Вымыть руки (гигиенический уровень). Надеть перчатки. Приготовить необходимое оснащение.	1	
Выполнение процедуры			
4.	Помочь пациенту занять положение, при котором хорошо доступна предполагаемая область инъекции. Попросить пациента освободить ее от одежды. Путем осмотра и пальпации определить непосредственное место инъекции.	1	
5.	Обработать кожу двумя ватными шариками, смоченными антисептиком (движения ватных шариков производить в одном направлении): - первым шариком обработать большую область инъекционного поля и сбросить его в лоток для использованного материала; - вторым шариком обработать непосредственно место инъекции и сбросить его в лоток для использованного материала.	1	
6.	Взять шприц в правую руку: мизинец придерживает иглу за канюлю, 1, 3, 4, пальцы охватывают цилиндр, 2 палец фиксирует поршень. Примечание: шкала деления должна быть открытой.	1	
7.	Фиксировать кожу на месте инъекции. Кожа на месте инъекции фиксируется, если пациент повышенного питания, и собирается в складку, если пациент пониженного питания. Ввести иглу под углом 90^0 на $2/3$ ее длины.	1	
8.	Перенести левую руку на поршень. Потянуть поршень «на себя» и убедиться, что в шприц не поступает кровь.	1	
9.	Нажать левой рукой на поршень и ввести лекарственное средство (скорость введения средняя).	1	
10.	Взять ватный шарик из стерильного лотка первым и вторым пальцами левой руки. Прижать им место инъекции и быстро извлечь иглу.	1	
11.	Поместить ватный шарик, шприц в лоток для использованного материала.	1	
12.	Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально.	1	
Окончание процедуры			
13.	Провести утилизацию использованного инструментария: иглу заполнить дезинфицирующим раствором и сбросить в непрокальваемый контейнер; шприц заполнить дезинфицирующим раствором и погрузить в контейнер с дезинфицирующим раствором; использованные ватные шарики и лотки поместить в контейнер с дезинфицирующим раствором.	1	
14.	Снять перчатки (поместить в дезинфицирующий раствор). Вымыть руки (гигиенический уровень).	1	

15.	Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента.	1	
Итог		15	

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 9	10 - 12	13 - 14	15

Оценочный лист к билету № 2

ВЫПОЛНЕНИЕ ПОДКОЖНОЙ ИНЪЕКЦИИ

№ п/п	Этапы	Исход. балл	Получен. балл
<i>Подготовка к процедуре</i>			
1.	Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией; как он ее перенес.	1	
2.	Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры (если он с ней незнаком). Получить согласие.	1	
3.	Вымыть руки (гигиенический уровень).	1	
4.	Подготовить необходимое оснащение.	1	
<i>Выполнение процедуры</i>			
5.	Помочь занять пациенту удобное положение, при котором хорошо доступна предполагаемая область инъекции. Попросить пациента освободить ее от одежды. Надеть перчатки.	1	
6.	Путем осмотра и пальпации определить непосредственное место инъекции. Убедиться, что в месте инъекции нет инфильтрата.	1	
7.	Обработать кожу двумя ватными шариками, смоченными антисептиком. Первым шариком обработать большую область инъекционного поля, вторым - непосредственно место инъекции. Обработанное место инъекции должно высохнуть.	1	
8.	Взять шприц в правую руку: указательный палец придерживает канюлю иглы; 1,3,4 пальцы охватывают цилиндр.	1	
9.	Первым и вторым пальцами левой руки взять кожу в месте инъекции в складку и ввести иглу под углом 45° в основание кожной складки на глубину 15 мм. Примечание: при введении масляных растворов потянуть поршень «на себя» и убедиться, что в шприц не поступает кровь.	1	
10.	Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство (скорость введения средняя).	1	

11.	Взять левой рукой ватный шарик, смоченный раствором антисептика, прижать им место инъекции и быстро извлечь иглу.	1	
12.	Не отнимая ватный шарик от кожи, провести легкий массаж места инъекции.	1	
13.	Поместить ватные шарики, шприц в лоток для использованного материала.	1	
14.	Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально.	1	
Окончание процедуры			
15.	Провести утилизацию использованного инструментария: иглу заполнить дезинфицирующим раствором и сбросить в непрокалываемый контейнер. Шприц заполнить дезинфицирующим раствором и погрузить в контейнер с дезинфицирующим раствором.	1	
16.	Снять перчатки, поместить в контейнер с дезинфицирующим раствором. Вымыть руки (гигиенический уровень).	1	
17.	Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента.	1	
Итог		17	

Отметка	«2»	«3»	«4»	«5»
Баллы	0 - 10	11 - 13	14 – 15	16 - 17

3. ОЦЕНКА ПО УЧЕБНОЙ И ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ

3.1 Формы и методы оценивания

Предметом оценки по учебной и производственной практике обязательно являются дидактические единицы «иметь практический опыт» и «уметь». Контроль и оценка этих дидактических единиц осуществляются с использованием следующих форм и методов: оценка практической работы, оценки в процессе решения ситуационных задач, оценка деятельности обучающегося в процессе освоения теоретической части профессионального модуля, анализ характеристики на студента с места прохождения практики.

3.2 Перечень видов работ для проверки результатов освоения программы профессионального модуля на практике

3.2.1 Учебная практика

Виды работ	Коды проверяемых результатов	
	ПК	ПО, У, З
Гигиеническая обработка рук медицинского персонала. Использование спецодежды и индивидуальных средств защиты адекватно виду выполняемых работ Приготовление и использование дезинфицирующих растворов различной концентрации в соответствии с требованиями в соответствии с рекомендациями, изложенными в инструкции по применению конкретного средства. Дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов и оборудования. Использование физических средств, оборудования, аппаратуры и материалов, разрешенные к применению в ЛПО в установленном в Российской Федерации порядке для проведения дезинфекции Текущая и генеральная уборка функциональных помещений, палат и кабинетов ЛПО Сбор, временное хранение и обеззараживание медицинских отходов классов А (эпидемиологически безопасные отходы, по составу приближенные к ТБО); Б (эпидемиологически опасные	ПК 1.1. Осуществлять рациональное перемещение и транспортировку материальных объектов и медицинских отходов. ПК 1.2. Обеспечивать соблюдение санитарно-эпидемиологических правил и нормативов медицинской организации. ПК 1.3. Осуществлять профессиональный уход за пациентами с использованием современных средств и предметов ухода. ПК 1.4. Осуществлять уход за телом человека.	иметь практический опыт в: – выявления нарушенных потребностей пациента; – оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий; – планирования и осуществления сестринского ухода; ведения медицинской документации; – обеспечения санитарных условий в учреждениях здравоохранения и на дому; – обеспечения гигиенических условий при получении и доставке лечебного питания для пациентов в ЛПО; – применения средств транспортировки пациентов и средств малой механизации с учетом основ эргономики; – соблюдения требований техники

отходы) и Г (токсикологически опасные отходы) Дезинфекция изделий ручным (в специально предназначенных для этой цели емкостях) или механизированным (моюще-дезинфицирующие машины, ультразвуковые установки) способами Использование спецодежды и индивидуальных средства защиты адекватно виду выполняемых работ Проведение предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения в отделениях лечебных организаций или ЦСО Соблюдение поточности и зональности при выполнении работ в ЦСО Постановка азопирамовой или амидопириновой проб на наличие остаточных количеств крови, а также постановка фенолфталеиновой пробы на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющих средств (только в случаях применения средств, рабочие растворы которых имеют рН более 8,5) в соответствии с действующими методическими документами и инструкциями по применению конкретных средств для определения качества предстерилизационной очистки Осуществление упаковки изделий медицинского назначения в соответствии с видом стерилизации Соблюдение техники безопасности и правила эксплуатации парового, воздушного и др. стерилизаторов Размещение индикаторов в паровых, воздушных и др. стерилизаторах в установленном порядке Проведение стерилизации изделий медицинского назначения физическими (паровой, воздушный, инфракрасный) или химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами, используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования в отделениях лечебных организаций или ЦСО Осуществление контроля режимов стерилизации Обеспечение хранения стерильных упаковок, упаковок, биксов в ЦСО Заполнение медицинскую документацию, формы учета и		безопасности и пожарной безопасности при уходе за пациентом во время проведения процедур и манипуляций. уметь: – собирать информацию о состоянии здоровья пациента; – определять проблемы пациента, связанные с состоянием его здоровья; – оказывать помощь медицинской сестре в подготовке пациента к лечебно-диагностическим мероприятиям; – обеспечивать безопасную больничную среду для пациента, его окружения и персонала в условиях учреждения здравоохранения; – проводить текущую и генеральную уборку помещений с использованием различных дезинфицирующих средств; – составлять памятки для пациента и его окружения по вопросам ухода и самоухода, инфекционной безопасности физических нагрузок, употребления продуктов питания; – использовать правила эргономики в процессе сестринского ухода и обеспечения безопасного перемещения больного; – оказывать помощь при потере, смерти, горе; осуществлять посмертный уход. знать: – структуру организаций здравоохранения; основные виды нормативной документации, регламентирующие работу сестринского персонала; – повседневные жизненно важные потребности человека;
---	--	--

отчетности по результатам работы Введение сведения в электронную базу данных при ее наличии Соблюдение правила противопожарной безопасности, применять средства пожаротушения Определение собственных профессиональных затруднений и средства их преодоления Использование различные формы обучения, информационно - образовательные технологий по виду деятельности Сбор информации о пациенте, обсуждение плана совместных действий с пациентом и коллегой перед выполнением транспортировки перекладывания пациента. Оказание помощи пациенту при изменении положения тела в постели (на фантоме). Сопровождение или транспортировка пациентов в лечебно диагностические кабинеты внутри отделения и медицинской организации по указанию палатной медицинской сестры Применение правил биомеханики в сестринской практике с целью предотвращения заболеваний и травм позвоночника Применение методик удерживания, поднятия, перемещения пациента одним, двумя и более лицами: Удерживание пациента при поднятии. Удерживание пациента методами: -«захват через руку»; «подмышечный захват»; -«захват при поднятом локте». Удерживание пациента за пояс. Поддерживание пациента при ходьбе. Поднимание головы и плеч пациента. Поднятие п-та в кровати методом «поднятие плечом»(австралийское поднятие). Поднятие п-та в кровати при помощи натянутой простыни. Поднятие, перемещение п-та к изголовью невысокой кровати (2 чел) используется австралийское поднятие. Перемещение п-та к изголовью на широкой кровати. Перемещение п-та с помощью подкладной пеленки к краю кровати с изменяющейся высотой (2 чел). Перемещение п-та к изголовью кровати (2 чел или 1 м/с, пациент может помочь). Перемещение п-та к изголовью кровати с опускающимся изголовьем с помощью простыни (1 м/с). Перемещение		– факторы, влияющие на безопасность пациента и персонала; – принципы санитарно-гигиенического воспитания и образования среди населения; – основы профилактики внутрибольничной инфекции; основы эргономики; – способы реализации сестринского ухода; технологии выполнения медицинских услуг; – правила подготовки пациента к различным видам исследований.
---	--	---

беспомощного п-та к изголовью кровати. Перемещение п-та к краю кровати (1м/с, п-т может п-чь) Перемещение п-та из положения «лежа на боку» в положения «сидя с опущенными ногами» (1 м/с). Перемещение п-та из положения «сидя на кровати с опущенными ногами» на стул, в кресло-каталку. Размещение п-та в кресле-каталке. Перемещение п-та с кровати на стул (кресло-каталку) методом «поднятие плечом». Перемещение п-та с кровати на стул без подлокотников или спинки методом «захват через руку». Поднятие п-та со стула при помощи раскачивания и перемещения на кресло (кровать). Перемещение п-та из положения «сидя на стуле» в положение «лежа на кровати». Перемещение п-та с кровати на каталку и обратно (4 чел). Перемещение п-та с обычной кровати на каталку (3 чел). Выявление нарушенных потребностей человека, обусловленных различными физиологическими и патологическими состояниями, в пределах своих полномочий. Оценка функционального состояния пациента. Работа с нормативно-правовой документацией, регламентирующей соблюдение инфекционной безопасности в ЛПО. Изучение должностных инструкций младшей медицинской сестры по уходу за больными и палатной медицинской сестры. Работа с нормативно-правовой документацией, регламентирующей соблюдение «Лечебно-охранительного режима в ЛПО» и правил дезинсекционных мероприятий. Обработка волосистой части головы при педикулезе (на фантоме). Выявление факторов риска травматизации пациентов в отделении стационара. Транспортировка пациентов на каталке, на кресле-каталке, на носилках, на руках. Перемещение пациента с каталки/кресла на кровать. Укладывание пациента в положение Фаулера. Демонстрация приготовления постели. Смена постельного белья тяжело больному. Обтирание кожи тяжело больного и смена		
--	--	--

нательного белья. Сборка и транспортировка грязного белья. Демонстрация подачи судна и мочеприемника, уход за наружными половыми органами (на фантоме).Выполнение ухода за слизистыми глаз, носа, ротовой полости (на фантоме). Гигиенической обработка рук Использование индивидуальных средств защиты. Распределение и хранение лекарственных препаратов в лечебном отделении Осуществление энтерального, наружного пути введения лекарственных препаратов различных лекарственных форм Парентеральный путь введения лекарственных препаратов – подкожные, внутримышечные инъекции Проведение инфузионной терапии по назначению врача Гигиенической обработка рук Использование индивидуальных средств защиты. Осуществление наблюдения за деятельностью кишечника у пациента.Осуществление постановку газоотводной трубки (на фантоме) Осуществление постановку всех видов клизм (на фантоме) Осуществление сестринский процесс при нарушении удовлетворения потребности пациента в физиологических отправлениях на примере клинической ситуации.		
--	--	--

3.2.2 Производственная практика

Виды работ	Коды проверяемых результатов	
	ПК	ПО, У, З
Выполнение простой медицинской услуги: измерение массы тела, измерение роста, измерение окружностигрудной клетки, измерение окружности головы. Выполнение простой медицинской услуги: исследование пульса, измерение артериального давления. Выполнение простой медицинской услуги: подкожное введение лекарств и растворов, внутрикожное введение лекарственных	ПК 1.1. Осуществлять рациональное перемещение и транспортировку материальных объектов и медицинских отходов. ПК 1.2. Обеспечивать соблюдение санитарно-эпидемиологических правил и нормативов медицинской организации.	иметь практический опыт в: – выявления нарушенных потребностей пациента; – оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий; – планирования и осуществления сестринского ухода; ведения медицинской документации;

смена постельного белья больному,находящемуся в тяжелом состоянии. Выполнение простой медицинской услуги: уход за промежностью и наружными половыми органами больному, находящемуся в тяжелом состоянии. Выполнение простой медицинской услуги: оценка степени риска развития пролежней и тяжести пролежней. Выполнение простой медицинской услуги: применение грелки, применение пузыря со льдом. Выполнение простой медицинской услуги: уход за дыхательными путями в условиях искусственнойвентиляции легких. Осуществление подготовки пациента к лабораторным и инструментальным методам исследования		больного; – оказывать помощь при потере, смерти, горе; осуществлять посмертный уход. знать: – структуру организаций здравоохранения; основные виды нормативной документации, регламентирующие работу сестринского персонала; – повседневные жизненно важные потребности человека; – факторы, влияющие на безопасность пациента и персонала; – принципы санитарно-гигиенического воспитания и образования среди населения; – основы профилактики внутрибольничной инфекции; основы эргономики; – способы реализации сестринского ухода; технологии выполнения медицинских услуг; – правила подготовки пациента к различным видам исследований.
---	--	--

4. КОМПЛЕКТ КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИОННОГО ЭКЗАМЕНА

4.1. Задания для проведения экзамена (квалификационного)

Вопросы для подготовки:

МДК.01.01 Теория и практика сестринского дела

1. Общение в сестринском деле (морально-этические нормы, правила и принципы профессионального сестринского поведения)
2. Обучение в сестринском деле (организация обучения, оценка эффективности обучения)
3. Применение технологии «Сестринский процесс» (выявление проблем пациента, определение приоритетной проблемы, постановка целей ухода, составление плана ухода, оценка результатов ухода)

МДК. 01.02 Безопасная среда для пациента и персонала

1. Профилактика ВБИ при выполнении назначенных врачом ПМУ
2. Дезинфекция и/или утилизация использованного материала и оборудования
3. Приёмы биомеханики при перемещении пациента в постели и пространстве

МДК. 01.03 Технология оказания медицинских услуг

1. Прием пациента в стационар
2. Оценка функционального состояния пациента
3. Организация питания в стационаре
4. Личная гигиена пациента. Профилактика пролежней
5. Методы простейшей физиотерапии
6. Оксигенотерапия.
7. Клизмы. Газоотводная трубка
8. Катетеризация мочевого пузыря
9. Промывание желудка
10. Раздача лекарственных средств
11. Наружный способ применения лекарственных средств
12. Подкожные инъекции
13. Внутримышечные инъекции
14. Забор крови из вены на биохимическое исследование
15. Участие медсестры в лабораторных методах исследования
16. Участие медсестры в инструментальных методах исследования
17. Сердечно-легочная реанимация
18. Посмертный уход

Практическая часть

1. Техника измерения АД и пульса, оценка результатов
2. Техника определения и контроль ЧДД
3. Уход за пациентом в разные периоды лихорадки
4. Определение водного баланса и динамики отеков
5. Правила взвешивания
6. Проведение оксигенотерапии
7. Постановка согревающего компресса
8. Уход за полостью рта т/б пациента
9. Уход за кожными покровами тяжелобольной пожилой пациентки
10. Смена постельного и нательного белья т/б пациенту
11. Уход за промежностью т/б пациента
12. Профилактика и ведение больных с пролежнями
13. Перемещение пациента в положение Симса
14. Кормление пациента из ложки, поильника
15. Кормление пациента через назогастральный зонд

16. Обработка педикулезного больного, заполнение документации на поступающего больного.
17. Обучение пациента пользоваться карманным ингалятором
18. Закапывание лекарства в глаза, нос
19. Введение ректально свечи т/б пациенту
20. Подготовка процедурного кабинета к работе
21. Обучение пациента введению инсулина
22. Введение антибиотиков в/м
23. Забор крови из вены на биохимическое исследование
24. Постинъекционные осложнения и уход при возникших осложнениях
25. Промывание желудка зондовым способом
26. Катетеризация мочевого пузыря катетером (острая задержка мочи)
27. Введение газоотводной трубки
28. Постановка очистительной клизмы
29. Постановка масляной клизмы
30. Собираание мочи на общий анализ и по Зимницкому, оформление направления
31. Сбор кала на копрологическое исследование, оформление направления
32. Сбор кала на бактериологическое исследование, оформление направления
33. Собираание мокроты на общий анализ и микобактерии туберкулеза (КУМ), оформление направления
34. Взятие мазка из зева и носа на бактериологическое исследование, оформление направления.
35. Подготовка пациента к колоноскопии
36. Подготовка пациента к ФГДС
37. Алгоритм действий при анафилактическом шоке (в/в инфузия)
38. СЛР
39. Посмертный уход

Образец пакета экзаменуемого

Оцениваемые компетенции: ПК.1.1-1.4

Инструкция и условия выполнения задания:

Внимательно прочитайте задание.

Задание выполняется в кабинете доклинической практики, в спец.одежде.

Для выполнения задания используйте оборудование кабинета, муляжи, фантомы, ИМН и ухода, муляжи лекарственных препаратов, формы медицинской документации, бланки направлений на исследования.

1 задание выполняется письменно. Максимальное время выполнения задания 30мин .

Пациент доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение больницы с предварительным диагнозом «Острое пищевое отравление». Жалобы: боли в животе, тошнота, рвота, после съеденных 2 часа назад маринованных грибов. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом, пульс 90 уд/мин., АД 110/70, ЧДД 22 /мин., температура тела 36°C. В комплексной терапии врач назначил промывание желудка зондовым способом.

Задание

Вариант № 1

А. Выявите проблемы пациента

Б. Составьте план ухода по приоритетной проблеме

Вариант № 2

В. Выполните врачебное назначение

Образец пакета экзаменатора

А. Проблемы пациента: боли в животе, тошнота, рвота, холодный липкий пот, тахикардия.

Потенциальные проблемы: аспирация рвотными массами, обезвоживание. Приоритетная проблема- рвота.

Б. План ухода по приоритетной проблеме.

Проблема пациента	Цели ухода	План ухода	Мотивация действий	Оценка результатов
Рвота	Устранение рвоты	<u>Зависимые:</u> - промывание желудка зондовым способом. <u>Независимые:</u> - обеспечить пациента средствами ухода (таз для рвоты, приспособление для аспирации рвотных масс, вода для полоскания рта); - ограничить приём пищи до разрешения врача; - поддерживать пациента во время рвоты; - избегать обезвоживания организма: обеспечить потребление жидкости пациентом через рот в соответствии с рекомендациями врача; - осуществлять регулярное наблюдение за состоянием пациента (контроль АД, пульса).	Выполнение врачебных назначений Соблюдение инфекционной безопасности Предотвращение осложнений	Желудок промыт. Общее состояние пациента улучшилось рвота прекратилась Цель достигнута

В. Студент демонстрирует медицинскую услугу (промывание желудка зондовым способом нафантоме). Для оценки практического навыка используются чек-лист.

Критерии оценки (показатели результатов освоения программы профессионального модуля)

Номер задания	Оцениваемые компетенции	Показатели оценки результата	Оценка (необходимо обвести)
Задание А	ПК 7.5; ОК 1,2	Выявление проблем пациента	Да/Нет
		Классификация проблем пациента (действительные, потенциальные)	Да/Нет
		Определение приоритетности проблем (определение приоритетной проблемы)	Да/Нет
Задание Б	ПК 7.4 -7.6; ОК 1,2,3	Формулировка целей ухода (исполнение, критерий, условие), определение срочности (краткосрочные, долгосрочные)	Да/Нет
		Составление плана ухода (сестринские вмешательства: зависимые, независимые)	Да/Нет
		Мотивация сестринских вмешательств	Да/Нет

Задание В	ПК 7.4 -7.7; ОК 1,2,3,8	Оценка результата сестринских вмешательств	Да/Нет
		Подготовка рабочего места и оснащения для выполнения простой медицинской услуги (ПМУ)	Да/Нет
		Подготовка пациента (информированное согласие на ПМУ)	Да/Нет
		Выполнение ПМУ в соответствии с алгоритмом	Да/Нет
		Соблюдение инфекционной безопасности в процессе выполнения ПМУ	Да/Нет
		Дезинфекция использованного оснащения в соответствии с действующими СанПиНами	Да/Нет

12 – 11 «Да» – оценка «5»

10– 9 – оценка «4»

8 – 7 – оценка «3»

менее 7 – оценка «2»

Программа профессионального модуля освоена: «да» - 7

и более; Программа профессионального модуля не освоена: «да» - 6 и менее. Для оценки практического навыка используются чек-лист.

ОБРАЗЕЦ ОЦЕНОЧНОГО ЛИСТА (ЧЕК-ЛИСТА)

Проверяемый практический навык: Промывание желудка взрослому пациенту

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении Да/нет
1.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	сказать	
2.	Попросить пациента представиться	сказать	
3.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	сказать	
4.	Сообщить пациенту о назначении врача	сказать	
5.	Объяснить ход и цель процедуры	сказать	
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	сказать	
7.	Предложить или помочь пациенту занять удобное положение сидя на стуле	сказать	
Подготовка к проведению процедуры			
8.	Снять зубные протезы у пациента (если они есть) и положить их в лоток	выполнить/ сказать	
9.	Измерить артериальное давление, подсчитать пульс	сказать	
10.	Поставить таз к ногам пациента или к головному концу кушетки, если положение пациента лёжа	выполнить	

11.	Надеть средства защиты (маску одноразовую, защитные медицинские очки, фартук резиновый)	выполнить	
12.	Обработать руки гигиеническим способом (кожным антисептиком)	выполнить/ сказать	
13.	Надеть нестерильные перчатки	выполнить	
14.	Измерить шелковой нитью расстояние от резцов до пупка плюс ширина ладони пациента	выполнить	
15.	Перенести метку на зонд, начиная от закругленного конца	выполнить	
16.	Надеть на пациента фартук. Конец фартука опустить в емкость для сбора промывных вод	выполнить	
Выполнение процедуры			
17.	Взять зонд в правую руку как «писчее перо» на расстоянии 10 см от закругленного конца. Встать сбоку от пациента.	выполнить	
18.	Предложить пациенту открыть рот, слегка запрокинуть голову назад.	сказать	
19.	Смочить слепой конец зонда водой или глицерином	выполнить/ сказать	
20.	Положить зонд на корень языка, попросить пациента сделать глотательное движение одновременно продвижением зонда.	выполнить/ сказать	
21.	Наклонить голову пациента вперед, вниз.	выполнить/ сказать	
22.	Медленно продвигать зонд вслед за глотательными движениями до метки, при этом попросить пациента глубоко дышать через нос	выполнить/ сказать	
23.	Убедиться, что зонд в желудке «воздушной пробой»	выполнить/ сказать	
24.	Продвинуть зонд на 7-10 см.	выполнить/ сказать	
25.	Присоединить воронку к зонду	выполнить	
26.	Опустить воронку ниже положения желудка пациента	выполнить	
27.	Заполнить воронку водой больше половины, держа её наклонно	выполнить/ сказать	
28.	Медленно поднять воронку выше уровня желудка, так чтобы вода поступала из воронки в желудок	выполнить/ сказать	
29.	Как только вода достигнет устья воронки, быстро опустить воронку ниже уровня желудка, чтобы содержимое желудка наполнило воронку полностью	выполнить/ сказать	
30.	Воронку снять, зонд извлечь через салфетку, смоченную дезинфицирующим средством	выполнить	

31.	Поместить зонд, воронку в контейнер с дезинфицирующим средством, салфетку в контейнер. Промывные воды подвергнуть дезинфекции	выполнить	
32.	Дать пациенту прополоскать рот, обтереть полотенцем вокруг рта	выполнить/ сказать	
33.	Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б	выполнить	
34.	Обработать руки гигиеническим способом (кожным антисептиком)	сказать	
35.	Уточнить у пациента его самочувствие	сказать	
36.	Сделать отметку в листе назначений о выполненной процедуре	выполнить	

Каждый выполненный пункт оценивается в 1 балл.

$X = \frac{\text{кол-во полученных баллов}}{100}$

100 максимальное кол-во баллов

(пунктов в чек-листе)

X – % правильных ответов (70% и более манипуляция считается «выполненной»)

При грубых нарушениях техники безопасности или алгоритма манипуляция считается «невыполненной».

4.2. Критерии оценки, выполненных заданий

Оценка «5» («отлично») соответствует следующей качественной характеристике: «изложено правильное понимание вопроса и дан исчерпывающий на него ответ, содержание раскрыто полно, профессионально, грамотно». Выставляется студенту:

- усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала;
- обнаружившему всестороннее систематическое знание учебно-программного материала, четко и самостоятельно (без наводящих вопросов) отвечающему на вопрос билета.

Оценка «4» («хорошо») соответствует следующей качественной характеристике: «изложено правильное понимание вопроса, дано достаточно подробное описание предмета ответа, приведены и раскрыты в тезисной форме основные понятия, относящиеся к предмету ответа, ошибочных положений нет». Выставляется студенту:

- обнаружившему полное знание учебно-программного материала, грамотно и по существу отвечающему на вопрос билета и не допускающему при этом существенных неточностей;
- показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебы и профессиональной деятельности.

Оценка «3» («удовлетворительно») выставляется студенту:

- обнаружившему знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по профессии, справляющемуся с выполнением заданий, предусмотренных программой;
- допустившему неточности в ответе и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающими необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «2» («неудовлетворительно») выставляется студенту:

- обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий;
- давшему ответ, который не соответствует вопросу экзаменационного билета.