

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ВОЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМЕНИ С.М. КИРОВА» МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФАКУЛЬТЕТ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

ПРИЕМ ПАЦИЕНТА В СТАЦИОНАР



Преподаватель: Левковская Е.Н.

Приемное отделение — одно из важнейших лечебно-диагностических отделений больницы.

При централизованной системе планировки больницы лечебные и диагностические отделения расположены в одном корпусе, там же и приемное отделение.

При правильной (децентрализованной) — приемное отделение располагают в отдельном здании или в отдельных лечебных корпусах.

На базе централизованного приемника организуют справочную службу больницы.

Виды лечебно-профилактических учреждений

Амбулаторно – поликлинический комплекс

амбулатории

Поликлиники,
Службы
санэпиднадзора

Станция
скорой
медицинской
помощи

Женские
консультации

Диспансеры

Фельдшерско-
акушерский
пункт (ФАП)

Стационарные подразделения

больницы

клиники

госпитали

хосписы

роддома

Структура больницы

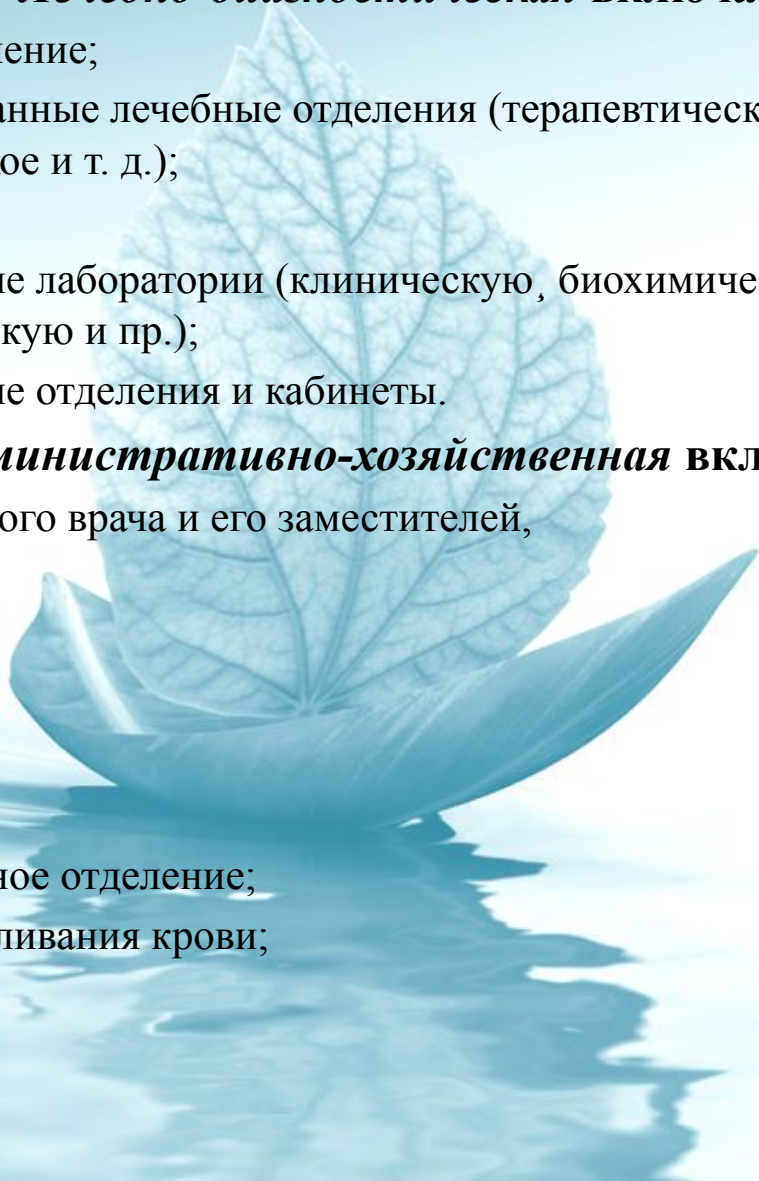
Все подразделения больницы можно разделить на 2 большие группы:

Лечебно-диагностическая включает в себя:

- приемное отделение;
- специализированные лечебные отделения (терапевтические, хирургические, гинекологическое и т. д.);
- оперблок;
- диагностические лаборатории (клиническую, биохимическую, цитологическую, иммунологическую и пр.);
- диагностические отделения и кабинеты.

Административно-хозяйственная включает в себя:

- кабинеты главного врача и его заместителей,
- канцелярию;
- бухгалтерию;
- пищеблок;
- прачечную;
- аптеку;
- стерилизационное отделение;
- отделение переливания крови;
- котельную.



СТАЦИОНАР ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРИЕМНОЕ, ЛЕЧЕБНЫЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ, АДМИНИСТРАТИВНЫЕ И ХОЗЯЙСТВЕННЫЕ БЛОКИ.





При поступлении в стационар, в большинстве случаев пациент проходит через ***приемное отделение.***

Госпитализация – помещение в стационар ЛПУ лиц, нуждающихся в обследовании, лечении или родовспоможении.

Госпитализация может быть трех видов: ***экстренная, плановая и самостоятельная.***

В приемное отделение пациентов доставляют:

- **машиной скорой медицинской помощи;**
- **по направлению участкового врача поликлиники или амбулатории;**
- **переводят из других лечебных и профилактических учреждений по договоренности с администрацией больницы;**
- **самостоятельно без какого-либо направления, если человеку стало плохо на улице, недалеко от больницы, и он самостоятельно обратился в приемное отделение. Такая госпитализация называется «самотеком».**

УСТРОЙСТВО ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

1. Зал ожидания — для пациентов, их сопровождающих. Здесь должно быть достаточное количество стульев, кресел, телефон справочной службы больницы.
2. Кабинет дежурной медсестры — здесь производится регистрация поступающих пациентов, оформление необходимой документации.
3. Смотровые кабинеты — для осмотра пациентов врачами (терапевт, хирург, гинеколог).
4. Процедурный кабинет.
5. перевязочная, малая операционная.
6. Санпропускник — для санитарной обработки пациентов (ванна, комната для переодевания).
7. Изолятор с отдельным санузлом — для пациентов с неясным диагнозом.
8. Рентгенкабинет.
9. Лаборатория.
10. Санузел.

Функции приемного отделения

1. Прием и регистрация пациентов.
2. Осмотр, первичное обследование пациентов, предварительный диагноз (т. н. «диагноз приемного отделения»).
3. Оказание квалифицированной медицинской помощи.
4. Санитарно-гигиеническая обработка вновь поступивших пациентов.
5. Транспортировка пациентов в лечебные отделения больницы.

ДОКУМЕНТАЦИЯ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ.

- **Журнал учета приема больных (госпитализации) – форма 001/у.** В журнале отмечают ФИО пациента, год рождения (кол-во полных лет), дату время поступления, пол .подробный адрес места жительства и регистрации, номер дом., моб тел, ФИО супруга/супруги, место работы, профессия, должность, канал госпитализации –откуда доставлен, диагноз, и в какое отделение пациент направлен. *Обязательно: указывают результаты осмотра на педикулез. Если есть документы- паспорт серия/ номер и страх. полис.*
- **Журнал плановой госпитализации.** В некоторых стационарах этот журнал объединен с журналом экстренной госпитализации. Запись о пациенте та же.

- **Журнал отказов.**

Этот журнал заполняют в случаях:

- отказа пациента от госпитализации
- диагностической ошибки, направившего учреждения (необходимо направить в другой стационар или пациент не нуждается в госпитализации).
- если после оказания пациенту квалифицированной помощи он не нуждается в госпитализации.

Об отказных пациентах мс обязана сообщить в поликлинику по месту жительства.

- **Алфавитная книга** заполняется для стола справок больницы, в нее вносят сведения обо всех госпитализированных пациентах и находящихся в диагностических палатах приемного отделения.

- **Медицинская карта стационарного больного форма 003/у.** М/с заполняет только титульный лист. Если есть аллергическая реакция или глаукома, выделяют это красным, вносят сведения о перенесенном гепатите с указанием месяца, года, проводят маркировку контактных по гепатиту В.
- **Статистическая карта – форма 006/у.**
Учетная форма, отражающая:
 - количество поступивших пациентов;
 - количество выписавшихся пациентов;
 - количество умерших пациентов;
 - диагноз при поступлении и диагноз при выписке;
 - возраст, пол, социальный статус пациентов;
 - является ли пациент городским или сельским жителем.

- **Температурный лист – форма 004/у** – используют для графического изображения гемодинамических показателей, характеризующих состояние пациента.
- **Технологическая карта.**
- **Опись вещей и ценностей (денег) пациента** – приемная квитанция.
- Заполняют в 3 экземплярах:
 - - в бухгалтерию, если есть ценности и деньги;
 - - в кладовую;
 - - в «Медицинскую карту стационарного больного».

- 
- **Карта наблюдения и лечения больного.**
 - **Лист врачебных назначений.**
 - **Лист учета движения больных и коечного фонда стационара.**
 - **Порционное требование** заполняют при наличии в приемном отделении диагностических палат. Составляет его старшая мс на основании порционников постовых сестер, подписывает зав. отделением.

14. Журнал передачи содержимого сейфа.
Заполняют его мс - сдающая и принимающая дежурство.

15. Требование на получение лекарственных средств. Заполняют в случае, если в приемном отделении есть диагностические палаты. Составляет старшая его мс на основании заявок постовых мс отделения, которые выписывают врачебные назначения из «Медицинской карты стационарного больного». Заверяет требование зав. Отд.

16. Журнал учета инфекционных заболеваний.

Журнал регистрации педикулеза – форма 060/у. В графе «Дата заболевания» указывают дату выявления педикулеза, графе «Диагноз, дата его установления» - диагноз заболевания.

В графе «Изменённый, уточненный диагноз, дата его установления» указывают вид педикулеза – головной, платяной, смешанный и выявленные стадии развития:

Яйца (гниды);

Насекомые.

В графе «Лабораторное обследование и его результаты» указывают дату, вид санитарной обработки и результаты предыдущего контроля эффективности обработки.

- **Экстренное извещение в ТУРПН – форма 058/у.**

В извещении отмечают ФИО пациента, возраст, адрес места жительства и работы, номера телефонов, список людей, контактирующих с пациентом, их домашние и рабочие адреса, номера телефонов и мероприятия, проведённые с пациентом и контактными.

Данное извещение заполняют при выявлении вшей и инфекционных заболеваний.

Вещи пациента собирают в прорезиненный мешок и отправляют в дезинфекционную камеру.

- **19. Журнал регистрации амбулаторных больных – форма 074/у** – отмечают сведения о пациентах, которым была оказана амбулаторная помощь.
- **20. Журнал телефонограмм** – указывают текст, дату, время передачи, кем отправлена, кем принята.

ВСЮ МЕДИЦИНСКУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ ОФОРМЛЯЕТ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ



**Должностная инструкция
сестринского персонала
приёмного отделения
составляется и
утверждается
администрацией
лечебного учреждения.**

«УТВЕЖДАЮ»

Главный врач ГKB № ____

« ____ » _____ 20 ____ г.

«ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРИЕМА БОЛЬНЫХ И ОТКАЗОВ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ»,

ЖУРНАЛ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

(УЧ.ФОРМА № 001/У)

№ п/п	Поступление		Ф.И.О	Дата рождения	Постоянное место жительства или адрес родственников	Каким учреждением был направлен ли кем доставлен	Отделение, в которое помещен больной
	дата	час					
1	2	3	4	5	6	7	8

№ карты стационарного больного (истории родов)	Диагноз направившего учреждения	Выписан, переведен в другой стационар, умер (вписать и указать дату и название стационара, куда переведен)	Отметка о сообщении родственникам или учреждению	Если не был госпитализирован		Примечание
				Указать причину и принятые меры	Отказ в приёме первичный, повторный (вписать)	
9	10	11	12	13	14	15

«МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО»,
ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ (УЧ.ФОРМА № 003/У)

«СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ
СТАЦИОНАРА»,
(УЧ.ФОРМА № 066/У)

«ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ»,
(УЧ.ФОРМА № 074/У)

«ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ О ВЫЯВЛЕНИИ
ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ»,
(УЧ.ФОРМА № 058/У)

«ЖУРНАЛ УЧЁТА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»,
(УЧ.ФОРМА № 060/У)

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения

50-я городская больница

Наименование учреждения

Медицинская документация

форма № 003/у

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № _____

СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

Дата и время поступления 12.05.2007 15 час 35 мин

Дата и время выписки _____

Отделение _____ палата № _____

Переведен в отделение _____

Проведено койко-дней _____

Виды транспортировки: на каталке, в кресле, может идти (подчеркнуть).

Группа крови _____ Резус-принадлежность _____

Побочное действие лекарств (непереносимость) _____

название препарата, характер побочного действия

1. Фамилия, имя, отчество Колосов Иван Юрьевич

2. Пол муж.

3. Возраст 42 (полных лет, для детей: до 1 года — месяцев, до 1 месяца — дней)

4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть)

г. Москва, Семеновская ул., д. 72, кв. 90

вписать адрес, указав для приезжих — область, район, нас. пункт, адрес родственников

телефон дочери 110-54-12

и № телефона

5. Место работы, профессия или должность Средняя школа № 105

преподаватель

для учащихся — место учебы; для детей — название детского учреждения, школы;

для инвалидов — род и группа инвалидности, ИОВ — да, нет, подчеркнуть

6. Кем направлен больной врачом скорой помощи

название лечебного учреждения

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет, через 1

после начала заболевания, получения травмы, госпитализация в плановом порядке (подчеркнуть).

8. Диагноз направившего учреждения Гипертоническая болезнь. II стадия

Гипертонический криз

9. Диагноз при поступлении _____

10. Диагноз клинический _____ Дата

установления _____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения

50-я городская больница

Наименование учреждения

Медицинская документация

форма № 066/у

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА

выбывшего из стационара

1. Фамилия, имя, отчество Колосов Иван Юрьевич

Пол муж./жен. Дата рождения 1944, апрель 20

(год, месяц, число)

2. Проживает постоянно (адрес) г. Москва, Семеновская ул.,

д. 72, кв. 90

Житель: (подчеркнуть) города - 1

села - 2

3. Кем направлен больной _____

врачом скорой помощи

Отделение IV

Профиль коек кардиология

4. Доставлен в стационар по экстренным показаниям да 1

нет 2

5. Через сколько часов после заболевания (получения травмы)

(подчеркнуть)

1) в первые 6 час. — 1

2) 7–24 час. — 2

3) позднее 24 час. — 3

6. Дата поступления в стационар

19 _____ г. _____ месяц

_____ число _____ час

7. Исход заболевания

1) выписан — 1

2) умер — 2

3) переведен — 3

7а. Дата выписки, смерти

19 _____ г. _____ месяц

_____ число _____ час.

7б. Проведено дней _____

8. Диагноз направившего учреждения _____

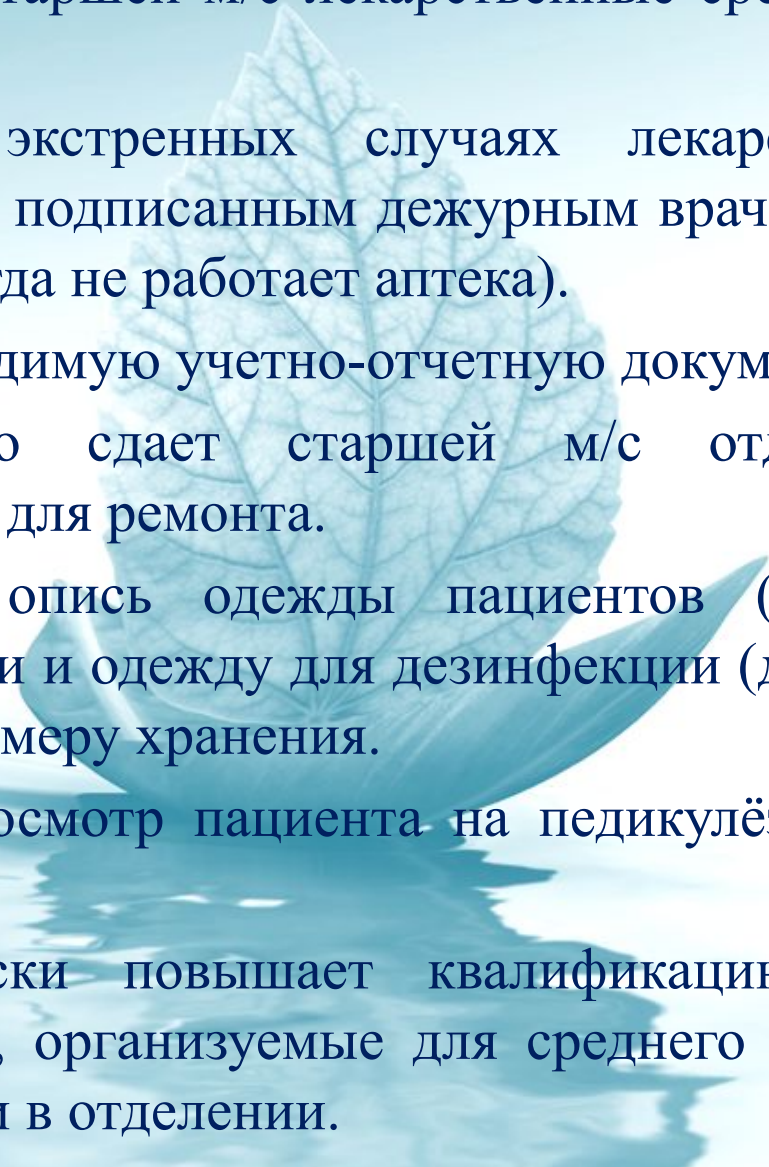
9. Госпитализация в данном городе по поводу данного заболевания:

впервые — 1

повторно — 2

ОБЯЗАННОСТИ:

- ✓ М/с обязана знакомиться с бланком направления на госпитализацию и сопровождать пациента в кабинет врача.
- ✓ Выслушивает жалобы пациента, поступившего «самотеком» и направляет его к дежурному врачу.
- ✓ Заполняет паспортную часть «медицинской карты стационарного больного».
- ✓ Помогает пациенту во время осмотра врачом.
- ✓ Следит за состоянием пациентов находящихся в изоляторе, и выполняет своевременно все указания врача, связанных с подготовкой и проведением диагностических, лечебных процедур.
- ✓ Своевременно передает телефонограммы в отделение милиции, активные вызовы в поликлиники города, экстренные извещения в центр госсанэпиднадзора об инфекционном заболевании.
- ✓ Наблюдает за качеством санитарной обработки, а в некоторых случаях участвует в её проведении.

- 
- ✓ Осуществляет взятие кала, мочи, рвотных масс и промывных вод для лабораторного исследования.
 - ✓ Получает у старшей м/с лекарственные средства и обеспечивает их хранение.
 - ✓ Выдает в экстренных случаях лекарственные средства по требованиям, подписанным дежурным врачом по заявкам отделений (в те часы когда не работает аптека).
 - ✓ Ведёт необходимую учетно-отчетную документацию.
 - ✓ Своевременно сдает старшей м/с отделения аппаратуру и инструменты для ремонта.
 - ✓ Производит опись одежды пациентов (сортирует их одежду), передаёт вещи и одежду для дезинфекции (дезинсекции), складывает одежду и в камеру хранения.
 - ✓ Производит осмотр пациента на педикулёз, производит обработку пациента.
 - ✓ Систематически повышает квалификацию, посещая занятия и конференции, организуемые для среднего м/персонала в лечебном учреждении и в отделении.

П Р А В А:

- ✓ В отсутствие врача оказывает экстренную доврачебную медицинскую помощь в пределах своей профессиональной компетенции.
- ✓ Повышает профессиональную квалификацию на курсах усовершенствования.
- ✓ Отдаёт распоряжение младшему медицинскому персоналу в отделении в соответствии с уровнем его компетентности и квалификации и контролирует их выполнение.
- ✓ Получает информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
- ✓ Вносит предложения старшей м/с отделения по вопросам улучшения организации и условий труда.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ:

- ✓ Несёт ответственность за нечёткое или несвоевременное выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей инструкцией и правилами внутреннего распорядка лечебного учреждения. Несёт ответственность за материальные ценности.

Зам.главного врача по лечебной части _____

Главная медицинская сестра больницы _____

Ознакомилась (ся) _____

ФИО

Подпись

САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА ПАЦИЕНТА

Санитарная обработка необходима прежде всего для предупреждения внутрибольничной инфекции.

Способ мытья определяет врач!!!

Вид обработки назначает **врач** в зависимости от степени тяжести состояния пациента: **полную или частичную.**

- **Полная санобработка** (ванна, душ),
- **Частичная санобработка** (обтирание, обмывание).

Санитарно-гигиенической обработкой пациента руководит медицинская сестра.

Осуществляют в санпропускнике приемного отделения: проводят дезинсекцию — уничтожение вредных насекомых (вшей), если они обнаружены при осмотре пациента; гигиеническую ванну, душ или обтирание пациента; переодевание в чистое белье.

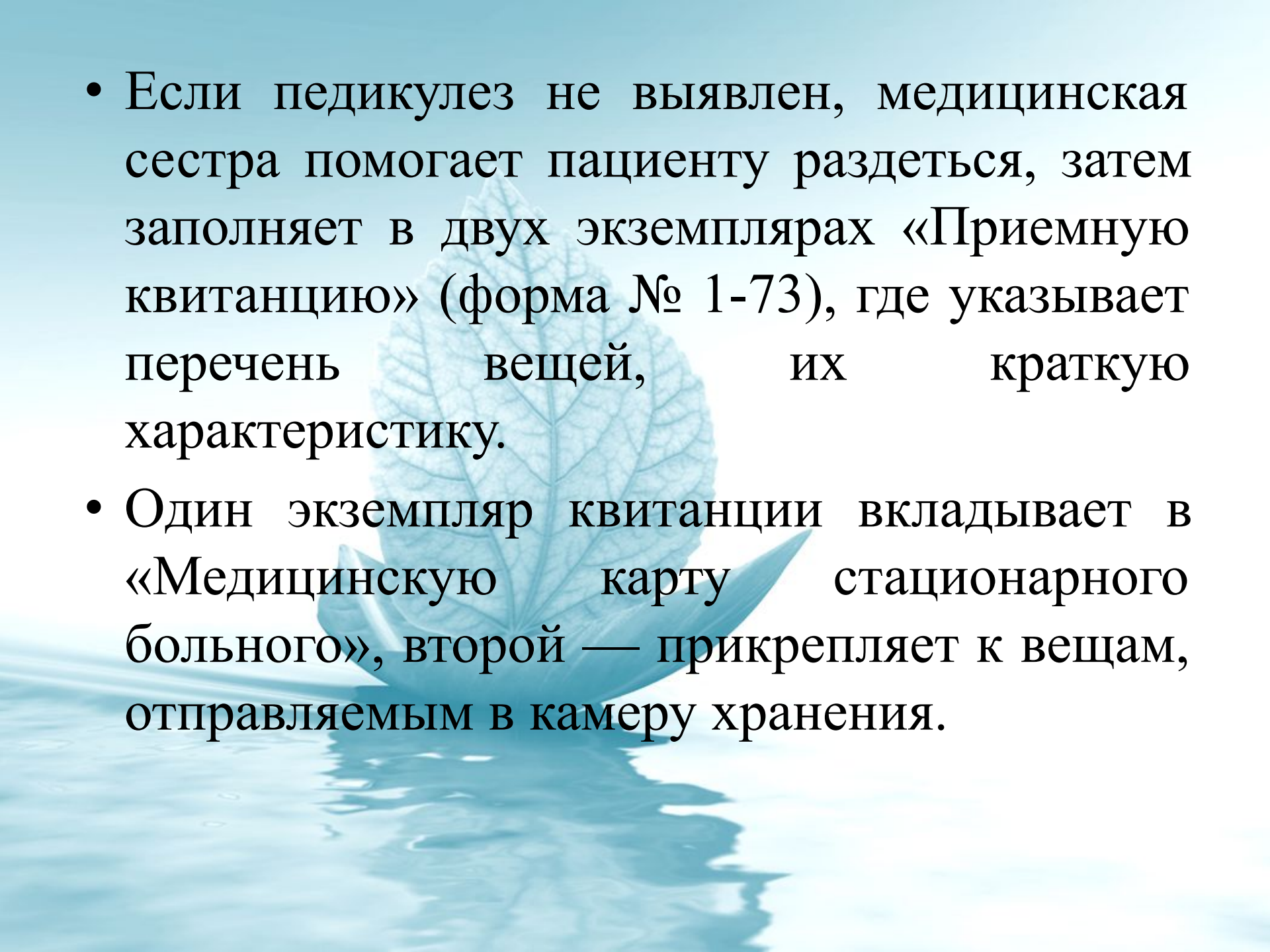
Санпропускник приемного отделения состоит обычно из смотровой, раздевалки, ванно-душевой комнаты и комнаты, где пациенты одеваются.

МЫТЬЕ ПАЦИЕНТА

Мытье пациента может проводить младшая медицинская сестра или санитарка под наблюдением сестры.

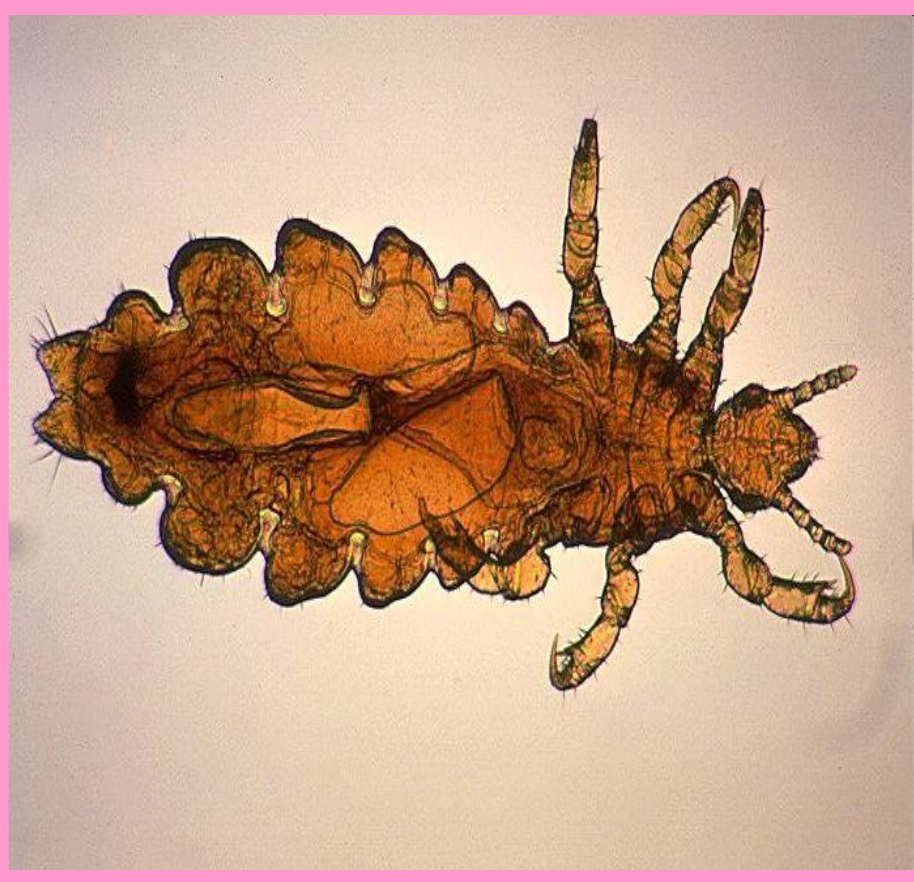
Присутствие медицинской сестры во время санитарной обработки пациента **обязательно**.

При ухудшении состояния пациента (появление болей в области сердца, сердцебиение, головокружение, бледность кожных покровов и других признаках) следует прекратить гигиенические процедуры, немедленно сообщить дежурному врачу об ухудшении состояния пациента, оказать первую доврачебную помощь.

- 
- Если педикулез не выявлен, медицинская сестра помогает пациенту раздеться, затем заполняет в двух экземплярах «Приемную квитанцию» (форма № 1-73), где указывает перечень вещей, их краткую характеристику.
 - Один экземпляр квитанции вкладывает в «Медицинскую карту стационарного больного», второй — прикрепляет к вещам, отправляемым в камеру хранения.

ПЕДИКУЛЁЗ

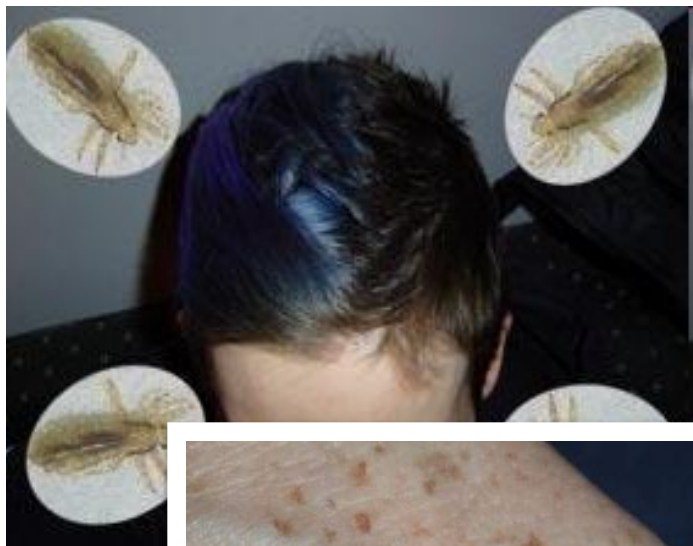
(PEDICULOSIS; ЛАТ. PEDICULUS ВОШЬ + -OSIS;
СИНОНИМ ВШИВОСТЬ) —
ПАРАЗИТИРОВАНИЕ НА КОЖЕ ЧЕЛОВЕКА
ВШЕЙ.



- *Возбудитель
педикулеза
Phthirus pubis
(лобковая вошь,
площица)*

ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПЕДИКУЛЁЗА:

- зуд, сопровождающийся расчёсами, иногда аллергией;
- огрубление кожи от массовых укусов вшей и воздействия слюны насекомых на дерму;
- меланодермия – пигментация кожи за счёт кровоизлияний в ткани и воспалительного процесса, вызываемого воздействием слюны насекомых;
- колтун – довольно редкое явление, образующееся при расчёсах головы: волосы запутываются, склеиваются гнойно-серозными выделениями, которые корками засыхают на голове, а под ними находится мокнущая поверхность.



**РАСЧЕСЫ СПОСОБСТВУЮТ
ВОЗНИКНОВЕНИЮ ВТОРИЧНЫХ
КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:
ДЕРМАТИТОВ, ЭКЗЕМЫ И Т. Д. ПРИ
СИЛЬНОЙ ЗАВШИВЛЕННОСТИ
ПОЯВЛЯЮТСЯ СУБФЕБРИЛЬНАЯ (ДО
37,5 °С) ТЕМПЕРАТУРА И
ПРИПУХЛОСТЬ ЛИМФАТИЧЕСКИХ
УЗЛОВ.**

На человеке паразитируют три вида вшей — платяная, головная и лобковая.



Головная вошь



Лобковая вошь



Яйцо лобковой вши;
приклеивается самкой к
волосу



Платяная вошь

ГОЛОВНЫЕ ВШИ



Локализуются на затылочной, теменной и височной областях. Живет и размножается на волосяном покрове головы, каждые 2 -3 ч. Питается кровью.



Гниды головных вшей продолговатой формы, они как бы приклеены в волосяному стержню особой клейкой массой, причем почти всегда у корней волос.



- Вне тела хозяина головная вошь погибает через сутки, поскольку не имеет возможности питаться каждые 2 – 3 часа.
- Яйца (гниды) чувствительны к изменению температуры и влажности (оптимум около 28 °C).
- При 20 °C самка перестает откладывать яйца, развитие личинок приостанавливается.

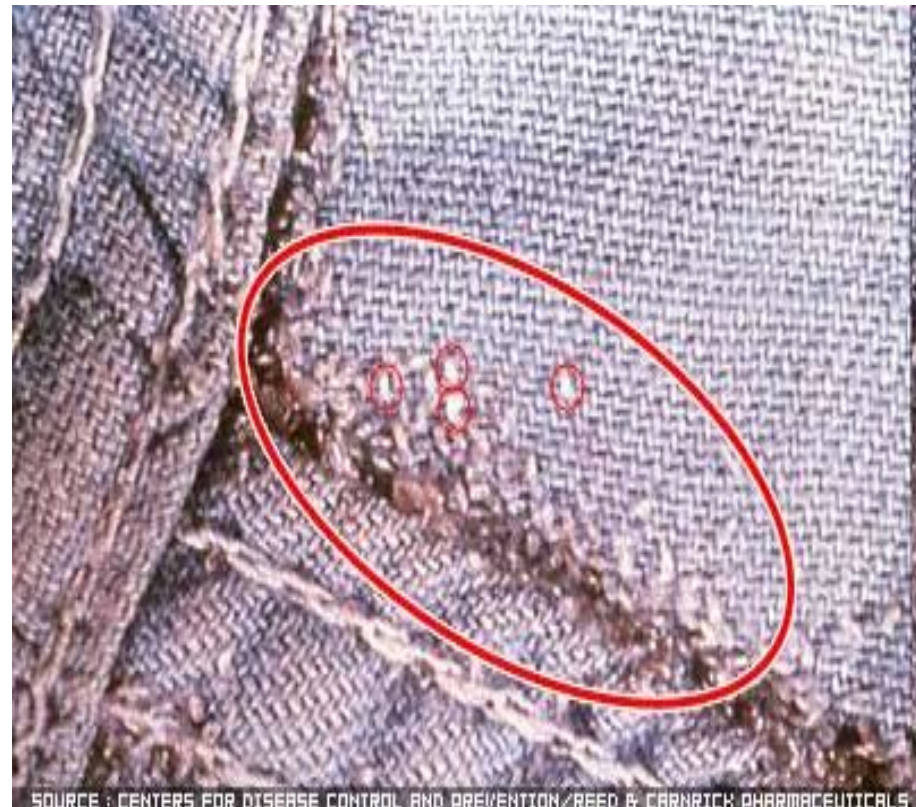
Лобковые вши паразитируют на волосистой части лобка, мошонке, верхней части бедер (фтириоз). В запущенных случаях могут распространяться на область подмышечных впадин, спину, грудь, бороду, усы, ресницы и брови. Вши плотно прикрепляются к основанию волоса. Заражение происходит преимущественно при половых контактах, реже через постельное белье и другие предметы общего пользования, возможно и в бане. На месте укусов лобковых вшей образуются серовато-синие пятна величиной до 10 мм, не исчезающие при надавливании; через 1—2 недели они бесследно исчезают. Беспокоит сильный зуд кожи. Живет вне человека 10 – 12 ч.

КАК ПРОИСХОДИТ ЗАРАЖЕНИЕ ЛОБКОВЫМ ПЕДИКУЛЕЗОМ?

- От момента заражения до первых признаков болезни может пройти несколько недель.
- Перебравшись к новому хозяину, лобковая вошь клешнями-лапками прочно прикрепляется к лобковому волосу и начинает обустраивать свой быт. Для того чтобы добыть пропитание, она хоботком прокалывает кожу хозяина. Слюнные железы вши вырабатывают специальный фермент, который переваривает кровь и одновременно не дает ей свернуться. Поэтому на месте укусов всегда остаются синюшные следы, которые зудят и чешутся.
- Смыть водой отложенные яйца-гниды на лобковых волосах невозможно. Через некоторое время из этих яиц вылупятся новые вши.



ПЛАТЯНЫЕ ВШИ ЖИВУТ И ОТКЛАДЫВАЮТ ЯЙЦА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В СКЛАДКАХ ОДЕЖДЫ, ШВАХ, ВОРОТНИКАХ И ПОЯСАХ. РАЗМЕРЫ ВШЕЙ ОТ 1,5 ДО 4 ММ, ЯИЦ (ГНИД) – 1 – 1,5 ММ.



SOURCE : CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION/ REED & CARRICK PHARMACEUTICALS



- Платяная вошь не переносит повышенной температуры.
- При 50°C они живут 10 мин.
- Понижение температуры и высокую влажность они переносят лучше: при температуре окружающей среды – 13°C сохраняют жизнеспособность до 7 дней, а в воде живут до 2 суток.
- При повышении температуры тела выше 37°C вши покидают больных и могут переползти на окружающих.



**Головные и платяные вши —
переносчики тяжелых
инфекционных заболеваний —
сыпного и возвратного
эпидемического тифа, волынской
лихорадки.**

СЫПНОЙ ТИФ. Инкубационный период длится 1 нед. Болезнь начинается внезапно со слабости и сильной головной боли . Температура быстро поднимается до 38,8-40*С . На 5-е сутки лихорадки верхняя половина туловища покрывается сыпью , которая затем распространяется на все тело, за исключением лица, ладоней и подошв. Сначала сыпь пятнистая и представлена розеолами . Без лечения появляются петехии иногда - папулы , элементы сыпи сливаются. Нередки светобоязнь, гиперемия конъюнктив и резь в глазах . Язык сухой , обложенный , с серо-грязным или бурым налетом . В тяжелых случаях возможны некроз кожи и гангрена кончиков пальцев на руках .

Без лечения болезнь в 40% случаев заканчивается смертью; прогноз зависит главным образом от состояния защитных сил организма.

ПРОТИВОПЕДИКУЛЁЗНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ:

- Профилактические меры, препятствующие распространению вшей в коллективах;
- Специфические санации людей, у которых обнаружен педикулез.

При обнаружении вшей в любой стадии развития (яйцо, личинка, взрослое насекомое) проводят дезинсекционные мероприятия комплексно, уничтожая вшей на теле человека, на белье, одежде и других предметах.

Для борьбы с педикулезом используют механический и химический способы.

МЕХАНИЧЕСКИЙ СПОСОБ УНИЧТОЖЕНИЯ НАСЕКОМЫХ И ГНИД:



- Вычесывание частым гребнем;
- Стрижка или сбривание волос
(с согласия пациента)



**После употребления
гребень обрабатывают в
кипящей воде или
протирают 70%
раствором этилового
спирта.**

**В «ЖУРНАЛЕ УЧЕТА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ» ВНОСЯТ
НЕОБХОДИМЫЕ СВЕДЕНИЯ, СРЕДИ КОТОРЫХ В ГРАФЕ
«ПРИМЕЧАНИЕ» ОТМЕЧАЮТ СЛУЧАИ ПОВТОРНОГО
ВЫЯВЛЕНИЯ ПЕДИКУЛЕЗА В ТЕЧЕНИЕ 12 МЕС.**

Дата заболевания	Диагноз и дата установления	Измененный, уточненный диагноз и дата установления	Лабораторное обследование и результаты	Примечание
1.04.98г.	Острый аппендицит 1.04.98г.	Смешанный педикулез: гниды, насекомые 1.04.98г.	1.04.98г. Медифокс (супер) Педикулез не выявлен	

При обнаружении платяных вшей или их яиц, а также смешанного педикулеза необходимо срочно вызвать специалистов **САНЭПИДНАДЗОРА** для обработки людей.

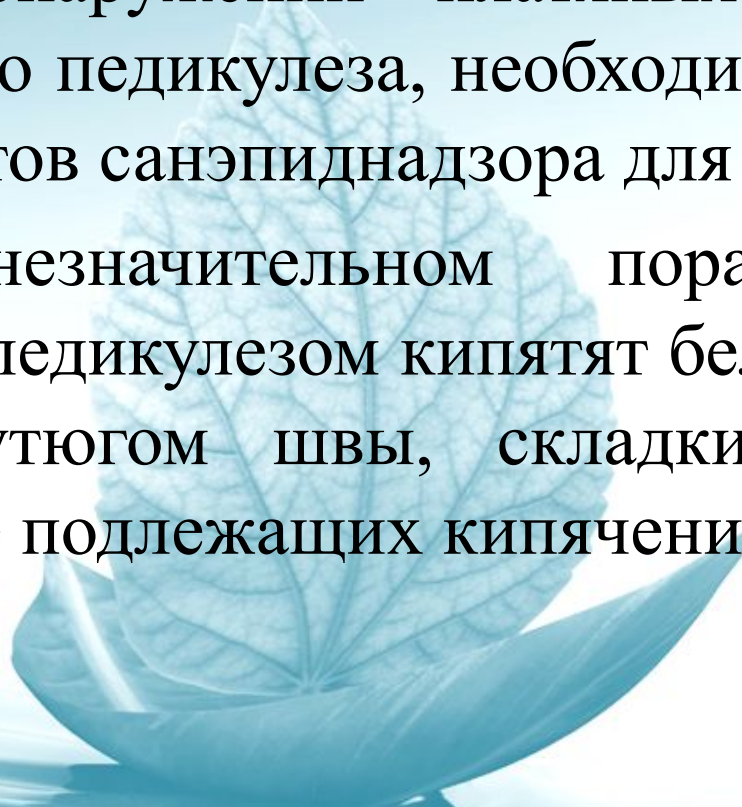
ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ЛОБКОВЫХ ВШЕЙ ПРОВОДЯТ САНИТАРНУЮ ОБРАБОТКУ:



**- полное мытье горячей
водой с мылом и
мочалкой с последующей
сменой белья. В случае
необходимости (с
согласия пациента)
сбривают волосы.**

При обнаружении платяных вшей, а также смешанного педикулеза, необходимо срочно вызвать специалистов санэпиднадзора для обработки людей.

При незначительном поражении человека платяным педикулезом кипятят белье; проглаживают горячим утюгом швы, складки, пояса белья и одежды, не подлежащих кипячению.



При средней и большой пораженности (от 10 экземпляров и более, включая насекомых и гнид) рекомендуется использовать инсектициды-педикулициды.

Обработка педикулицидами детей до 5 лет, кормящих и беременных женщин, людей с поврежденной кожей (микротравмы, дерматиты, экзема и т. п.) запрещается!

ПРИ СРЕДНЕЙ И БОЛЬШОЙ ПОРАЖЁННОСТИ (ОТ 10 ЭКЗЕМПЛЯРОВ И БОЛЕЕ, ВКЛЮЧАЯ НАСЕКОМЫХ И ГНИД) РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИНСЕКТИЦИДЫ-ПЕДИКУЛИЦИДЫ.



Педикуляцидное средство. Форма выпуска.	Назначение
ВАЛИТЕН – водно-спиртовой лосьон на основе сумитрина	Головной педикулез
СИФАКС – инсектицидный шампунь	Головной
АВИРОН (таблетка)	
ФЛОРОЦИД – водно-спиртовой лосьон	
НИТТИФОР – лосьон	
ЛАНЦИД -лосьон	Головной, лобковый
ГРИНЦИД - лосьон	
ПЕРФОЛОН - лосьон	
КАРБОФОС - лосьон	

**КАЖДОЕ ИЗ СРЕДСТВ ИМЕЕТ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ. ПРИМЕНЕНИЕ ШАМПУНЕЙ ТРЕБУЕТ
ПОВТОРНОЙ ОБРАБОТКИ.**

**ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР № 320 ОТ 5
МАРТА 1987Г. «ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО
БОРЬБЕ С ПЕДИКУЛЕЗОМ»**



ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ М/С ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЦЕЛИКУЛЁЗА:



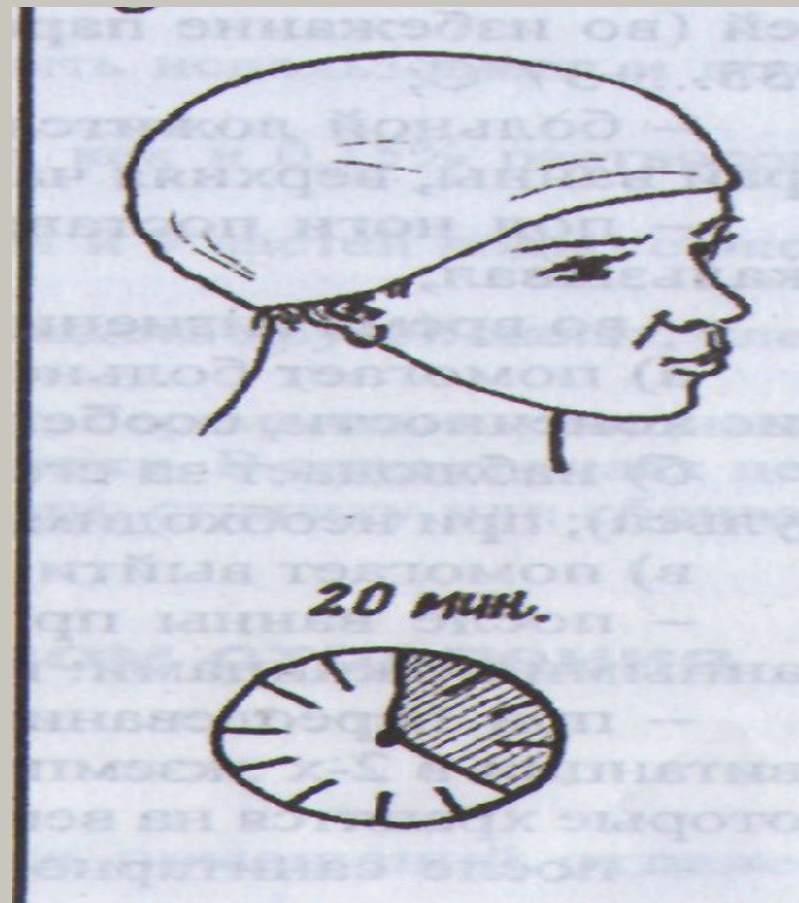
- надеть дополнительный халат, фартук перчатки.



- Расстелить на полу большую клеенку, на нее несколько газет, усадить пациента на табуретку, укрыть пелериной.



- дать в руки (если это возможно) полотенце, чтобы уберечь глаза.
Делать может помощник, дополнительный халат и печатки.



- Обработать волосы пациента любым средством. Покрыть шапочкой на 20 мин. (не всегда требуется шапочка).



- Промыть волосы теплой водой и высушить. Ополоснуть волосы 5% раствором уксусной кислоты, подогретой до +37 0 С и вычесать гниды частым гребнем.



Белье и одежду пациента сложить в мешки для дезинсекции. Снять перчатки, фартук, халат (поместить в мешок для дезинсекции), вымыть руки.



НА ТИТУЛЬНОМ ЛИСТЕ «КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО» ПОСТАВИТЬ ОТМЕТКУ «Р» (ПЕДИКУЛЕЗ), ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ СИГНАЛОМ ПОСТОВОЙ М/С ДЛЯ ПОВТОРНОЙ ОБРАБОТКИ ЧЕРЕЗ 7 - 10 ДНЕЙ.

ЗАПОЛНИТЬ ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ О ВЫЯВЛЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И СООБЩИТЬ В УЧРЕЖДЕНИЕ САНЭПИДНАДЗОРА:

- ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ (ФОРМА № 058У),**
- МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО ИЛИ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО С ДИАГНОЗОМ ИНФЕКЦИОННОГО ИЛИ ПАРАЗИТАРНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

ПРОФИЛАКТИКА ПЕДИКУЛЕЗА

включает воспитание у населения гигиенических навыков, улучшение банно-прачечного обслуживания населения.


Индивидуальная профилактика сводится к регулярному мытью тела со сменой нательного и постельного белья, периодическому осмотру детей дома, а также в детских коллективах — детских садах, школах, интернатах; контрольному осмотру белья на педикулез в коллективах при неудовлетворительных санитарно-бытовых условиях (длительное пребывание в пути, скученность при размещении людей); предупреждение тесного контакта с завшивленными людьми.

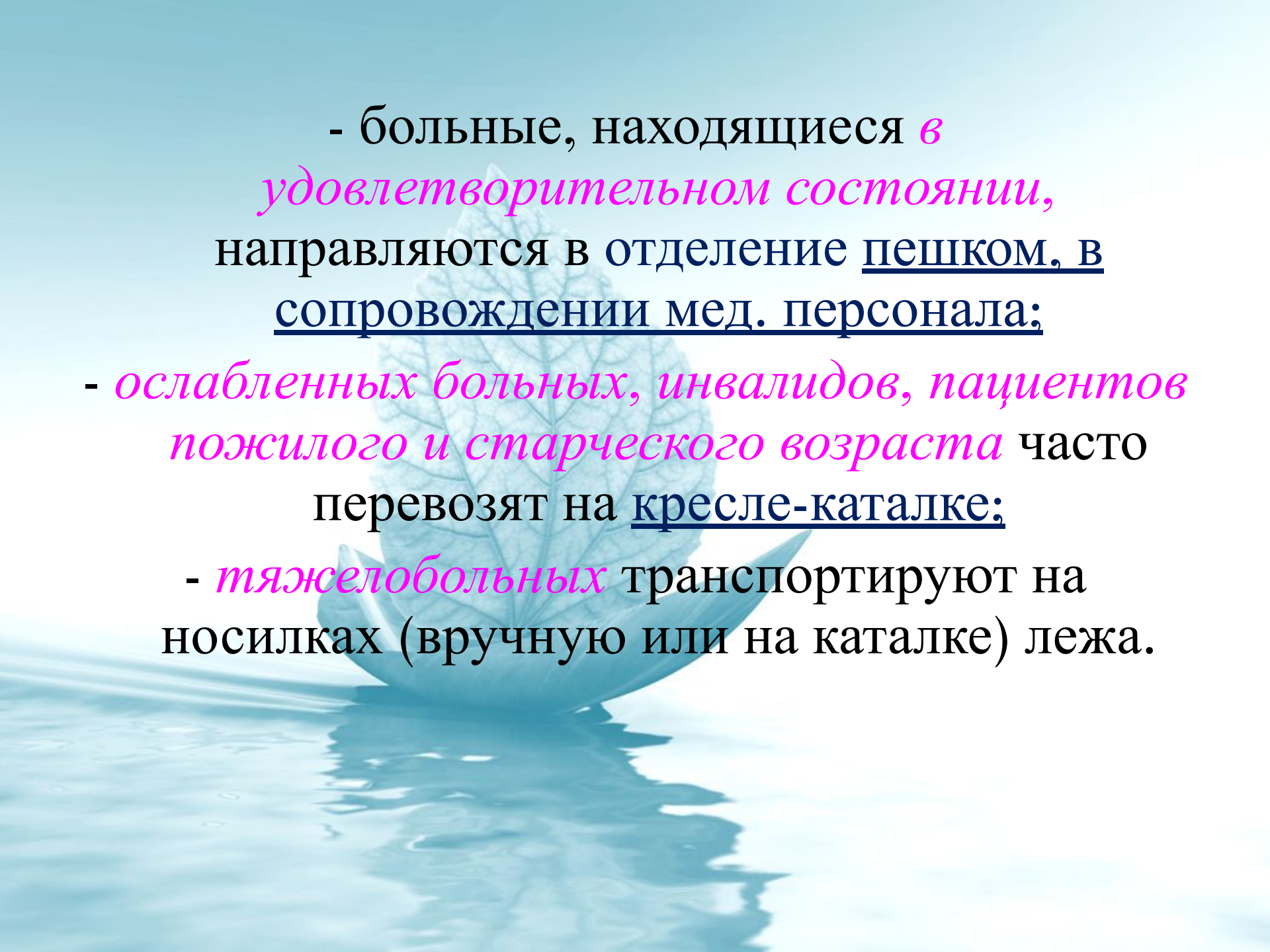
Антропометрию (от греч. *antropos* — человек, *metreo* — измеряю) осуществляет сестринский персонал, определяя вес пациента, рост, окружность грудной клетки и др.

Вес и рост измеряют (если позволяет состояние пациента) при поступлении в лечебное учреждение, затем каждые 7 дней или чаще (по назначению врача). Данные записывают в температурный лист.

ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТА

Способ доставки в отделение определяет врач в зависимости от состояния пациента: **на носилках (вручную или на каталке), на кресле-каталке, на руках, пешком.**



- 
- Больные, находящиеся *в удовлетворительном состоянии*, направляются в отделение пешком, в сопровождении мед. персонала;
 - *ослабленных больных, инвалидов, пациентов пожилого и старческого возраста* часто перевозят на кресле-каталке;
 - *тяжелобольных* транспортируют на носилках (вручную или на каталке) лежа.

БОЛЬНОЙ

ТРАНСПОРТАБЕЛЬНЫЙ
(способный перенести перевозку)

НЕТРАНСПОРТАБЕЛЬНЫЙ

Состояние
удовлетворительно

Тяжелобольной

Больной идёт пешком в
сопровождении
среднего
или младшего
медицинского
персонала

Носилки, каталка,
кресло-каталка

Медицинскую помощь
оказывают на месте,
затем больного
переводят в
реанимационное
отделение

ТРАНСПОРТИРОВКА НА КАТАЛКЕ



- *подготовить каталку к транспортировке, проверить её исправность;*
- *постелить на каталку простыню (клеёнку), положить подушку, одеяло;*
- *поставить каталку ножным концом под углом к головному концу кушетки;*
- *приподнять пациента – один медработник подводит руки под шею пациента и поддерживает его, другой*

ТРАНСПОРТИРОВКА НА КАТАЛКЕ



- уложить пациента на каталку;
- укрыть пациента второй половиной одеяла или простыней;
- один — встает спереди каталки спиной к пациенту, другой — сзади каталки лицом к пациенту;
- сообщить в отделение, что к ним транспортируется пациент;
- транспортировать вместе с историей болезни;
- поставить каталку к кровати, в зависимости от площади палаты;
- снять одеяло с кровати;
- переложить пациента на



com.ua



ТРАНСПОРТИРОВКА НА КРЕСЛЕ-КАТАЛКЕ



- *подготовить кресло— каталку к транспортировке, проверить её исправность;*
- *наклонить кресло— каталку вперед, наступив на подставку для ног;*
- *попросить пациента встать на подставку д/ног, усадить, поддерживая его в кресле, прикрыть одеялом;*
- *придать кресле— каталке исходное положение;*
- *во время*

ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ВНУТРИ ПОМЕЩЕНИЙ СТАЦИОНАРОВ.



Транспортировать пациента на кресле-каталке можно в положении сидя, полулёжа, лёжа, меняя положение спинки и ножной панели.



ТРАНСПОРТИРОВКА НА НОСИЛКАХ

НЕОБХОДИМО СОБЛЮДАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРАВИЛА:

- *идти не в ногу;*
- *короткими шагами;*
- *сгибая ноги в коленях;*
- *удерживать носилки на одном уровне:*
 - *вниз по лестнице несут ногами вперед;*
 - *вверх по лестнице – головой вперед*



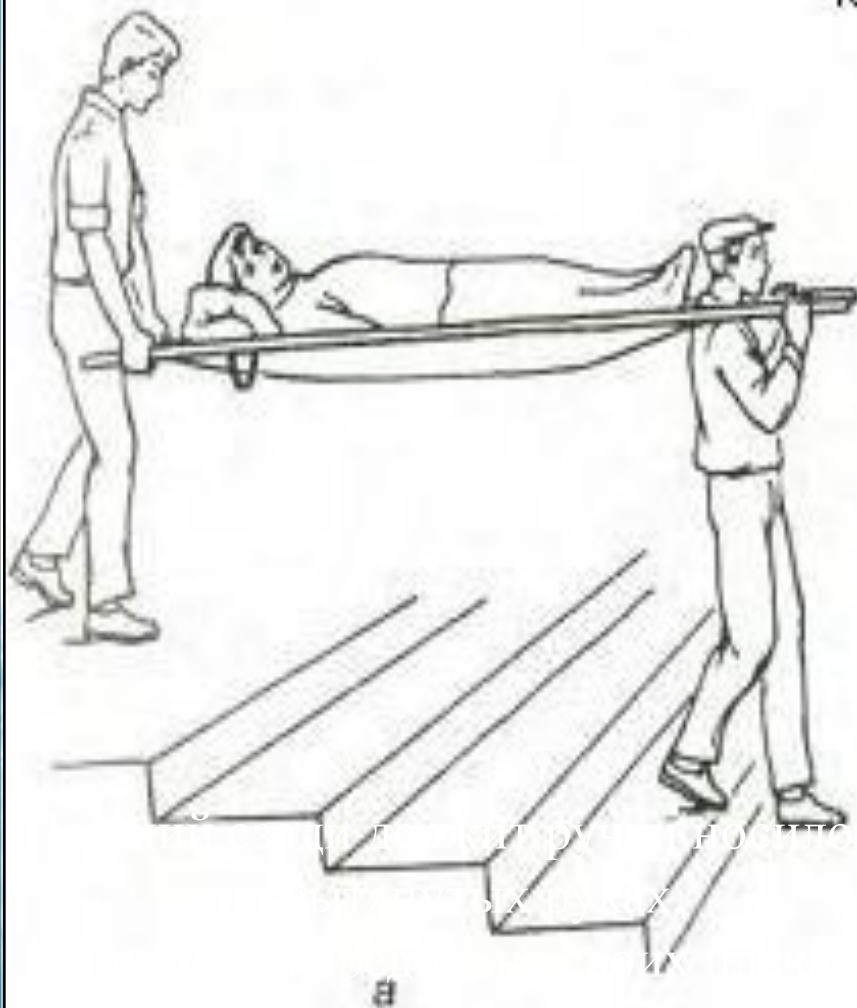
**ДЛЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ
НА НОСИЛКАХ
СЛЕДУЕТ ПРИГОТОВИТЬ:**

- ПРОСТЫНЮ;**
- ОДЕЯЛО;**
- ПОДУШКУ, КЛЕЁНКУ**

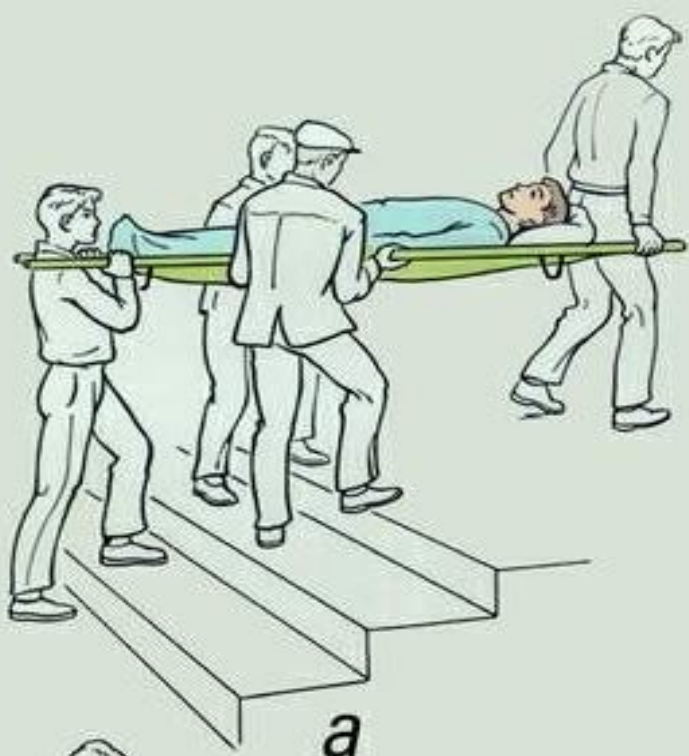


ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ НОСИЛОК С БОЛЬНЫМ ВВЕРХ ПО ЛЕСТНИЦЕ И ВНИЗ ПО ЛЕСТНИЦЕ:

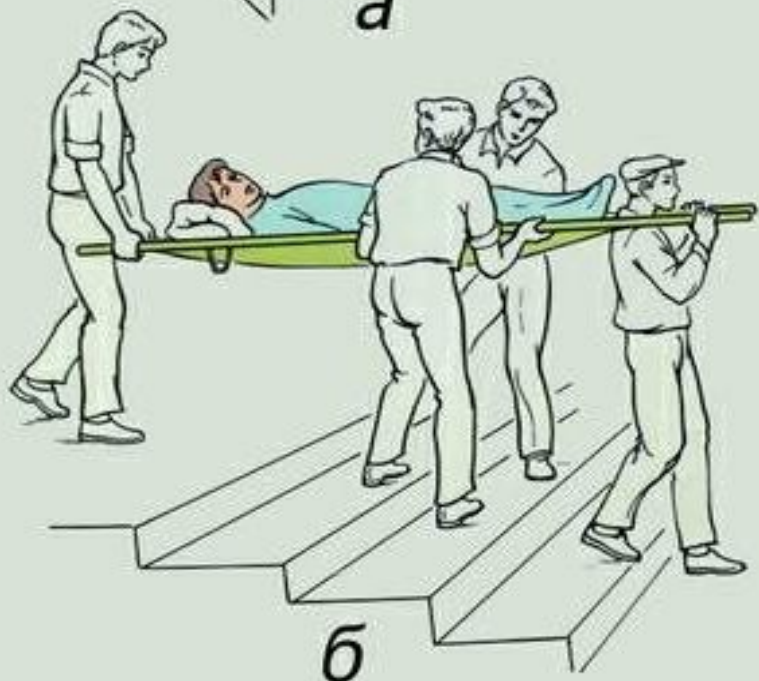
idoktor.info



Идущий впереди держит ручки носилок на опущенных руках, а идущий сзади – у себя на плечах



а



б



а



б



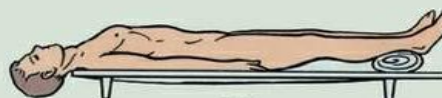
в



а



б



в



г



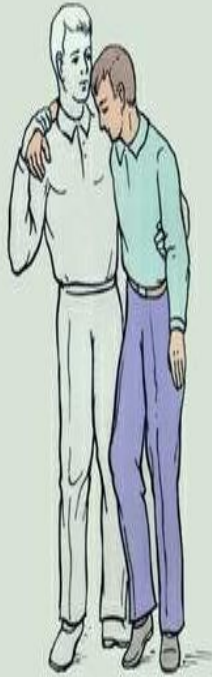
д



е



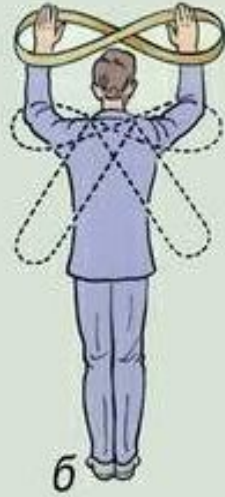
ж



а



а



б



а



б



в



г



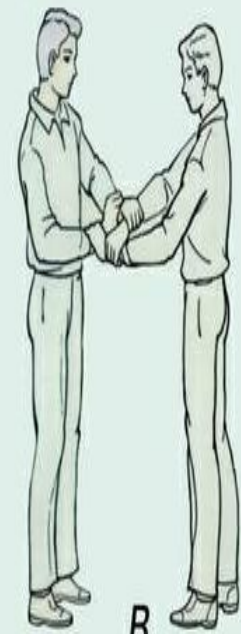
б



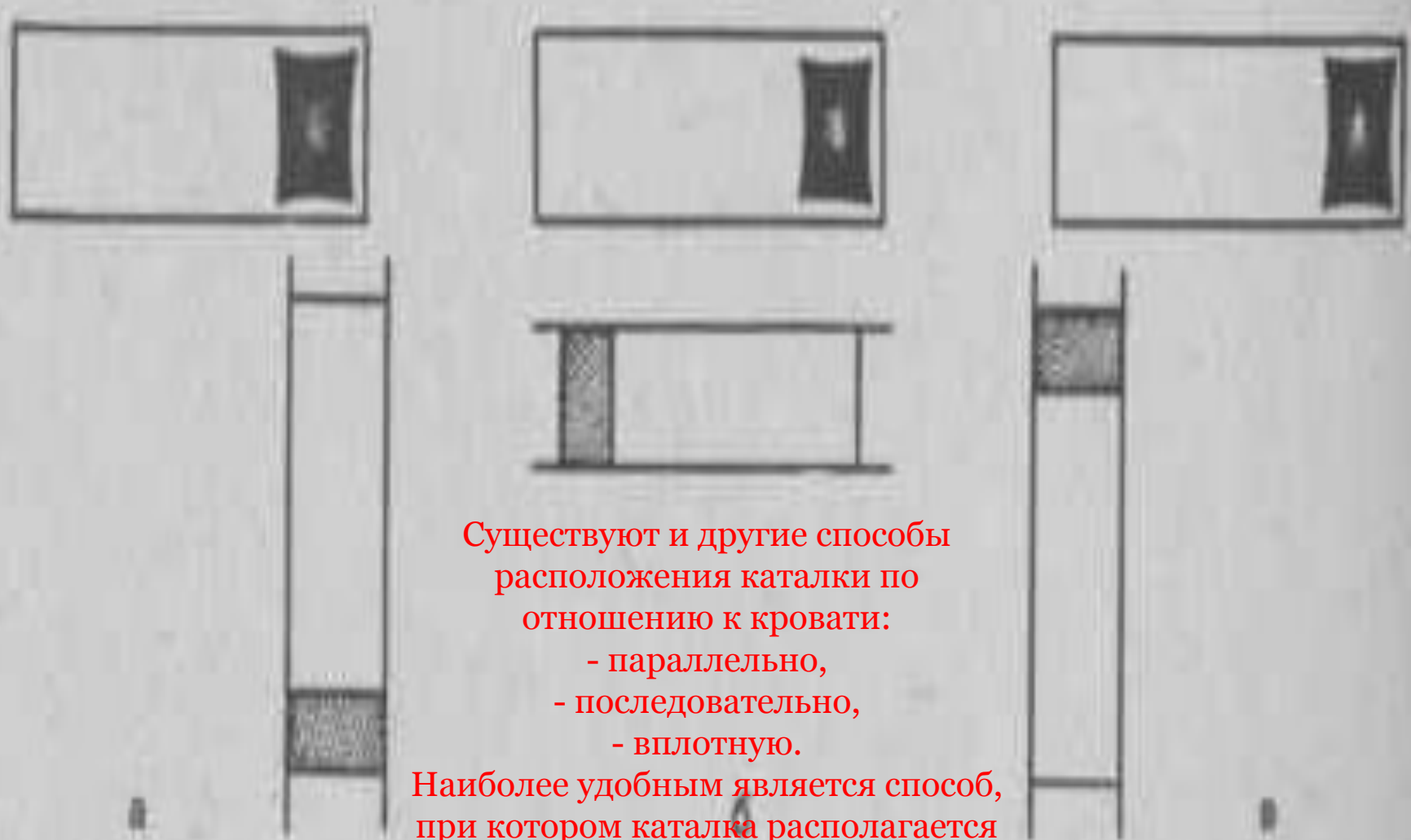
д



е



в



Существуют и другие способы
расположения каталки по
отношению к кровати:
- параллельно,
- последовательно,
- вплотную.

Наиболее удобным является способ,
при котором каталка располагается
параллельно и вплотную к кровати.

Рис. 40. Расположение носилок и кровати при перекладывании больных:
а — б — варианты.



**Спасибо
за внимание!!!!**