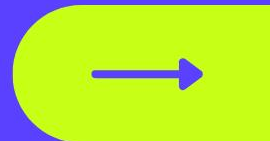


БСМП



ВНЕДРЕНИЕ В РАБОТУ СЕСТРИНСКОЙ ИСТОРИИ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ

главная медицинская сестра
Хохлова Надежда Владимировна



РК БСМП – многопрофильное медицинское учреждение



хирургический профиль

операционный блок

нейрохирургическое
отделение

отделение гнойной
хирургии

урологическое
отделение

травмотологическое
отделение

хирургическое
отделение



терапевтический профиль

приемное
диагностическое
отделение

терапевтическое
отделение

кардиологическое
отделение

неврологическое
отделение

отделение
диализа

отделение
восстановительного
лечения

реанимационный профиль

отделение
анестезиологии-
реанимации

отделение реанимации
и интенсивной терапии
ПСО

отделение реанимации
и интенсивной терапии
хирургия

отделение реанимации
и интенсивной терапии
терапия

Службы

централизованное
стерилизационное
отделение

аптека



диагностический профиль

эндоскопическое
отделение

отделение лучевой
диагностики

отделение
функциональной
диагностики

клинико-
диагностическая
лаборатория

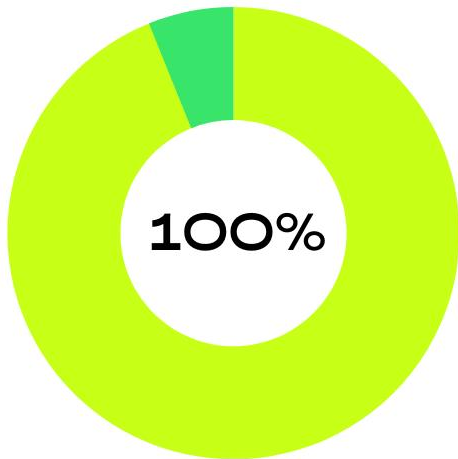
бактериологическая
лаборатория



2022 ГОД

Плановая госпитализация

6.1%



Экстренная госпитализация

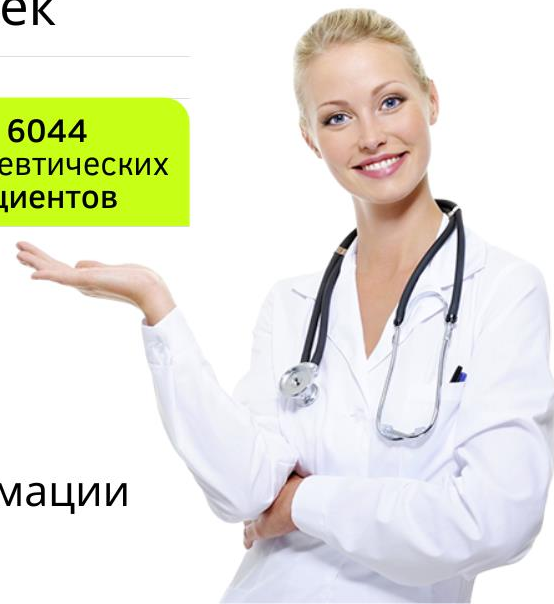
93.9%

13 714 человек

7670
хирургических
пациентов

6044
терапевтических
пациентов

2617 пациентов пролечено в отделениях реанимации



Цели внедрения



Лист ухода и наблюдения

2016-2022 гг.



Лист ухода и наблюдения за пациентом медицинской сестрой в клинических отделениях												
Дата												
Время												
Ч	М	Д										
И	Ф	О										
С	К	С										
С	С	С										
Клиническое												
диагностическое												
наименование												
40-41												
39-39,9												
38,9-38,0												
37,9-37,0												
36,9-36,0												
Видности в												
суджи												
Нарушенная												
терапия, ме												
количество												
мочи												
Вес												
Стул												
Оценка интенсивности боли												
Действие медсестры												
Оценка риска пролежней по шкале Вазариолю												
Риск падения баллы по шкале Морса												
Профилактика ВТЭО												
Перевязка												
Взвешивание												
Смена нательного и постельного белья												
Осмотр на лихорадку												
Обработка (показательное средство)												
Подпись м/с												
Периферический катетер			Мочевой катетер			Желудочный зонд			Дренажи			
Дата постановки			Дата постановки			Дата постановки			Дата и время установки			
Время			Время			Время			Дата наблюдения за дренажами			
№ катетера			№ катетера			№ катетера			Область установки			
Полный м/с			Полный м/с			Полный м/с			Пневмония, бронхит, другая инфекция _____ слеза/серва (поверхность)			
Дата удаления			Дата удаления			Дата удаления			Количество выделенного секрата			
Время			Время			Время			Полный м/с			
Полный м/с			Полный м/с			Полный м/с			Дата и время удаления			

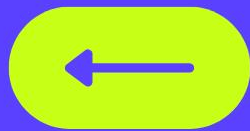
Оценочный лист состояния здоровья пациента									
ФНО: № медицинской карты									
Дата рождения									
Отделение									
ИД: _____ Дата поступления _____ Время _____									
Идентификация пациента									
Лекарственные средства					Целевые личные вещи				
Л.С. принес с собой					Целевые вещи				
Отправил Л.С. домой					Отправил домой				
Оставил при себе					Кому отдал				
Алкоголь					Профессиональная тревожность				
Алкоголь					Алкоголь				
на еду					Автоматиче				
на Л.С.					ручки				
или др.					принимает ли антисексуэлит				
Оценка боли									
Имя: _____ Проблемы связанные с болью: _____ Риск использовать методы обезболивания: _____									
острая									
хроническая									
Локализация: _____ Прочие жалобы: _____									
Оценка риска возникновения пролежней									
шкала Натероу _____ средний 10-20 _____ такти обучить пациента									
высокий выше 20 _____ нуждается в средствах ухода									
Наличие пролежней									
ноги									
рублики									
локти									
ягодицы									
с помощью аппарата									
протеза конечностей									
Оценка риска падений									
самостоятельно									
с приспособлением									
Деятельность в повседневной жизни									
обслуживает себя сам									
Название: _____ живет дома _____ участвует за кем нибудь _____ принимает алкоголь _____ принимает парикетин _____ курит _____ занимается с информированным _____									
периферический катетер, АДВ									
стопы									
таблетки принимает									
принимает пищу									
нужен ли гигиенический уход									
нужен ли перерыв									
суперперерыв									
нужны ли помехи									
сложившаяся работа									
Отношение с режимом в отделе									
Получил пациента _____ Дата " " _____									
ФИО медсестры _____									

Панель для оценки риска образования пролежней по шкале Натероу						
ПБТ	балл	Тип кожи	балл	Пит. Возраст, лет	балл	
Средне (18-24)	0	Здоровая	0	Муссов	1	
Выше среднего (25-30)	1	Пыльная бумага	1	Желтый	2	
Ниже среднего (30-35)	2	Сухая	1	14-49	1	
Низкое среднее (выше 35)	3	Отечная	1	50-64	2	
		Липкая (дополнительная тем-ра)	1	65-74	3	
		Воспаленная чистая	2	75-81	4	
		Грубая, пятни	3	более 81	5	
Недержание	балл	Полнаяность	балл	Аппетит	балл	
Полный контроль/через катетер	0	Полная	0	Средний	0	
Неврологическое через катетер	1	Бесслойный, светлый	1	Плохой	1	
Недержание кала	2	Апатичный	2	Питательный/молч/только жидко	2	
Недержание кала и мочи	3	Ограниченная подвижность	3	Не через рот/аппетит	3	
		Инертный	4			
		Примочный в креслу	5			
Лекарственные терапии	балл	Особые факторы риска парентерного питания	балл	Неврологические расстройства	балл	
Цитостатические препараты	4	Герниальная кахексия	8	Диабет	4	
Высокие дозы стероидов	4	Сердечная недостаточность	5	Малостационарный склероз	6	
Противопаразитарные	4	Болезни периферич.сосудов	5	Низкая	6	
		Анемия	2	Моторные/сенсорные параличи	4	
		Бурение	1			

баллы по шкале Натероу суммируются, и степень риска определяется по следующим итоговым значениям:
 Нет риска - 1 - 9 баллов; Низкая степень риска - 10 - 14 баллов; Средняя степень риска - 15 - 19 баллов; Высокая степень риска - 20 баллов

Панель для оценки риска падений по шкале Марс		
Падения в анамнезе (последние 3 месяца)	забывает	25.0
случаи падения (последние 3 месяца) (не падение между ними если человек)	забывает	15.0
Имеет ли пациент адекватные средства передвижения (ходит самостоятельно, примеривается за стену или использует палочку/ручку)	нормально/адекватно	0
	неадекватно/неиспользует	15
Проводит ли внутривенную терапию (наличие в/к катетера)	придерживается при односторонней а-мобильности	5.0
	да	2.0
Функция ходьбы	нормально/адекватно	0
	слабая (длительное нарушение при котором используются вспомог. ср-ва) / парализованная (коротковременное нарушение при котором используются комбинированные вспомог. средства)	10
Оценка пациентом собственных возможностей и ограничений (интуитивный оценочный статус)	Имеет свои ограничения	0
	не осознает/переоценивает свои возможности или забывает о своих ограничениях	15
Шкала оценки падений		
Нет риска	0	тихий/нейтральный основной медицинский уход
низкий уровень	5-25	тихий/нейтральный основной медицинский уход
высокий уровень	выше 25	мероприятия по профилактике риска падений

Панель для оценки интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале											
Описание степени боли с помощью слов	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Боль отсутствует	Легкая боль	Умеренная боль	Умеренная боль	Сильная боль	Сильная боль	Непереносимая боль				
Шкала лиц Вонга-Бонера											
Шкала интенсивности боли	Боль отсутствует	Боль можно игнорировать	Боль мешает деятельности	Боль мешает общаться/привлекаться	Боль мешает общаться/привлекаться	Боль мешает общаться/привлекаться	Боль мешает общаться/привлекаться	Боль мешает общаться/привлекаться	Боль мешает общаться/привлекаться	Боль мешает общаться/привлекаться	Боль мешает общаться/привлекаться



Лист ухода и наблюдения

2016-2022 гг.



Сестринская история наблюдения за пациентом

ПРОТОКОЛ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕН

Дата _____ время _____
 ФИО пациента _____ №ИБ _____
 Место установки периферического катетера _____
 Размер _____
 ФИО медсестры _____
 ФИО врача _____

ЛИСТ НАБЛЮДЕНИЯ КАТЕТЕРИЗАЦИИ

Дата	ФИО медсестры	Мероприятия по уходу	ФИО медсестры	осложнения
установки катетера				
1-е сутки				
2-е сутки				
3-е сутки				
удаления катетера				

Лист сестринского наблюдения за трофическими изменениями пациента

ФИО	№ ист	Возр	От куда	Куда перев	Диагноз	Описание к.п. при поступлении
Дата	Состояние, наблюдение					Примечание

Сестринская история наблюдения за пациентом

БСОН
РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ИМЕНИ В.В. АНГАПОВА
Г. УЛААН-УДЭ.

**СЕСТРИНСКАЯ ИСТОРИЯ
НАБЛЮДЕНИЯ
ЗА ПАЦИЕНТОМ**

ФИО пациента (полностью) _____
 Дата рождения 29.10.1946 Номер историй болезни _____
 Диагноз врачебный эмб. фибрилл. тахикардия пароксизм
 Дата 3

Идентификация пациента в ПДО:

Проведение идентификации личности пациента (подчеркнуть): проведено/ не проведено
 Указать причину не выполненной идентификации пациента:
 Бессознательное состояние ДА

Документ, на основании которого проведена идентификация личности пациента в отделении:

<input checked="" type="checkbox"/>	Документ пациента (паспорт, водительское удостоверение)
<input type="checkbox"/>	История болезни пациента, идентификационный браслет с ПДО (в случае бессознательного состояния пациента)
<input type="checkbox"/>	Со слов пациента или его родственников/законных представителей

Мониторинг движения пациента

Дата и время поступления в стационар	Дата перевода (в какое отд-е), выписки	Дата перевода (в какое отд-е), выписки	Дата перевода (в какое отд-е), выписки	Дата перевода (в какое отд-е), выписки	Дата перевода (в какое отд-е), выписки
04.02.2023	06.02.2023				

ФИО м/с, принявшей и осматрившей пациента

Тондова Д.А.

Мониторинг состояния пациента при поступлении (первичный)

По шкале Ватерлоу	По шкале Морса	Нет риска 0	Оценка боли
низкий 0-10 средний 1-20 Высокий свыше 20 <input checked="" type="checkbox"/>		Низкий уровень 5-25 Высокий уровень выше 25 <input checked="" type="checkbox"/>	<u>4</u>

Наличие ИМН при поступлении

из дома 04.02.23 из стороннего ЛПУ (указать ЛПУ) _____

Дата установки ИМН	Что установлено	Видимые осложнения			ФИО медсестры, осматрившей ИМН
		гиперемия на месте в-я ИМН	воспалительный процесс	отсутствие повязки	
<u>06.02.23</u>	<u>ИМН</u>	-	-	-	<u>Тондова Д.А.</u>

Лекарственные средства				Ценные личные вещи			
С принес собой	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	Ценные вещи	да	нет	<input type="checkbox"/>
справил ЛС домой	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	Передали родственникам	да	нет	<input type="checkbox"/>
ставил при себе	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	Описание ценных вещей:			
Кому передали ценные вещи:							
Аллергия				Профилактика тромбозов			
аллергия	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	Бигование	да	нет	<input type="checkbox"/>
на еду	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	Чуллки	да	нет	<input type="checkbox"/>
на ЛС	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	Принимает антикоагулянты	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>
и др.							
Оценка боли				Проблемы, связанные с болью:			
боль:	<u>в эпигастрии, эпиг. ип.</u>			ограничение движения	да	нет	<input type="checkbox"/>
острая	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	нарушение сна	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>
хроническая	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	тошнота	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>
локализация боли: <u>фрагм. иррадиация, в обл. ип.</u>							
Наличие протезов							
зубные	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	съемные	да	нет	<input type="checkbox"/>
челюсти	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	верхние	да	нет	<input type="checkbox"/>
языки	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	с собой	да	нет	<input type="checkbox"/>
слуховой аппарат	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	с собой	да	нет	<input type="checkbox"/>
протез конечности	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	с собой	да	нет	<input type="checkbox"/>
кардиостимулятор	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>				
Общие сведения о состоянии							
обслуживает себя сам	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	Передвигается	сам	нет	<input type="checkbox"/>
когнитивные нарушения	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	Колысая	с собой	нет	<input type="checkbox"/>
сам принимает ЛС	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	Костыли	с собой	нет	<input type="checkbox"/>
сам принимает пищу	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	Трость	с собой	нет	<input type="checkbox"/>
бужен гигиенический	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	Холунки	с собой	нет	<input type="checkbox"/>
мод	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>				
живет дома	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	Является вегетарианцем	да	нет	<input type="checkbox"/>
одевается ли за кем-нибудь/ иждивенцы	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	Получает инсулин	да	нет	<input type="checkbox"/>
принимает алкоголь	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>				
курит	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>				
принимает наркотики	да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>				
Доверенность нужна				да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Удобен ли переводчик				да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Удобен переводчик				да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Бужен социальный работник				да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ознакомлен с режимом отделения				да	нет	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Осмотр кожных покровов при поступлении в отделение							

Сестринская история наблюдения за пациентом

Мониторинг профилактики КАИК Периферический катетер (смена каждые 3 суток)											
Дата установки	Размер ПК	Локализация ПК	Подпись м/с, установившей ПК	Дата удаления	Удален в полном объеме		Осложнение	Описание осложнения: Гиперемия Отек Флебит Некроз Тромбоз вены	Подпись удалившего ПК	Дата установки	Размер ПК
					Да	Нет					
01.01	С18	с/б, прав. предпл.	с	17.01	✓				с		
01.01	С18	прав. предпл.	2	24.01	✓				с		

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ВЕНОЗНЫЙ КАТЕТЕР (СМЕНА КАЖДЫЕ 21 СУТКИ)										
Дата установки	Локализация ЦВК	Дата удаления	Удален в полном объеме		Осложнение	Описание осложнения: Гиперемия Отек Флебит Некроз Тромбоз вены	Подпись удалившего ПК	Дата установки	Локализация ЦВК	Дата удаления
			Да	Нет						
06.02.23	ПКВ слева									

Мониторинг профилактики КАИМП Уретральный катетер (смена каждые 7-10 суток)										
Дата установки	Размер МК	Подпись м/с, установившей МК	Дата удаления	Удален в полном объеме		Осложнение	Описание осложнения: Цистит Воспалительный процесс МВП Травма МВП	Подпись удалившего МК	Дата установки	Размер МК
				Да	Нет					
06.02.23	20	Солалева								

Зонд назогастральный (смена каждые 14 суток)									
Дата установки	Размер НГЗ	Подпись м/с, установившей НГЗ	Дата удаления	Удален в полном объеме		Осложнение	Описание осложнения: Пилородвальный свищ Выход зонда из желудка Аспирация	Подпись удалившего НГЗ	Дата установки
				Да	Нет				
06.02.23	8/10	Королева							

Данные по установке и локализации дренажей			
Периферический (описать):	Другой (описать):		Другой (описать):
	Слева	Справа	

Данные по установке стом						
Диагностика	Другой (описать):			Другой (описать):		
радиостомия лапаростомия вакостомия	Дата установки	Размер	Дата удаления	Удален в полном объеме	Осложнение	Описание осложнения: Выход дренажа из полости Воспалительный процесс
				Да Нет	Да Нет	

Данные по установке стом						
Дата установки	Размер	Дата удаления	Удален в полном объеме	Осложнение	Описание осложнения: Выход дренажа из полости Воспалительный процесс	
			Да Нет	Да Нет		

Сестринская история наблюдения за пациентом

		Лист ухода за пациентом																				
Дата	Время	10.01	11.01	12.01	13.01	14.01	15.01	16.01	17.01	18.01	19.01	20.01	21.01	22.01	23.01	24.01	25.01	26.01	27.01	28.01		
Профилактика ВГЭО (компрессионные чулки)	8 ⁰⁰																					
Перевязка:																						
Периферический катетер		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	
ЦВК																						
Проставки							+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Послеоперационные раны	27 ⁰⁰				+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Дренажи																						
Мочевой катетер																			+	+	+	
Стома																						
Смена калоприемника																						
Ванна гигиеническая обработка		+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Смена нательного/постельного белья		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Осмотр на пульс (1 раз / 7 дней)		+																				
Обработка (санит. мыльное средство)																						
Подпись м/с																						
Дата	Время	29.01	30.01	31.01	01.02	02.02	03.02	04.02	05.02	06.02	07.02	08.02	09.02	10.02	11.02	12.02	13.02	14.02	15.02	16.02	17.02	
Профилактика ВГЭО	45 ⁰⁰																					
Перевязка:																						
Периферический катетер																						
ЦВК																						
Проставки		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Послеоперационные раны																						
Дренажи																						
Мочевой катетер		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Стома																						
Смена калоприемника																						
Ванна гигиеническая обработка																						
Смена нательного/постельного белья		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Осмотр на пульс (1 раз / 7 дней)		+																				
Обработка (санит. мыльное средство)																						
Подпись м/с																						

		Лист профилактики пролежней																			
		Дата																			
		17.01	18.01	19.01	20.01	21.01	22.01	23.01	24.01	25.01	26.01	27.01	28.01	29.01	30.01	31.01	01.02	02.02	03.02	04.02	05.02
Классификация по Ватерлоу		20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Стадия пролежней		I	I	I	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II
8 ⁰⁰ (Левый бок)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
0 ⁰⁰ (Фазлера 90°)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2 ⁰⁰ (Правый бок)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
14 ⁰⁰ (Левый бок)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
0 ⁰⁰ (Фазлера 45°)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8 ⁰⁰ (Правый бок)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
20 ⁰⁰ (Левый бок)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2 ⁰⁰ (Фазлера 90°)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
0 ⁰⁰ (Правый бок)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
0 ⁰⁰ (Левый бок)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4 ⁰⁰ (Фазлера 45°)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
0 ⁰⁰ (Правый бок)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
График динамического наблюдения по тяжести состояния																					
Подпись м/с																					
Классификация по Ватерлоу		20	20	20	20																
Стадия пролежней		2	2	2	2																
0 ⁰⁰ (Левый бок)		✓	✓	✓	✓																
0 ⁰⁰ (Фазлера 90°)		✓	✓	✓	✓																
2 ⁰⁰ (Правый бок)		✓	✓	✓	✓																
14 ⁰⁰ (Левый бок)		✓	✓	✓	✓																
0 ⁰⁰ (Фазлера 45°)		✓	✓	✓	✓																
8 ⁰⁰ (Правый бок)		✓	✓	✓	✓																
20 ⁰⁰ (Левый бок)		✓	✓	✓	✓																
2 ⁰⁰ (Фазлера 90°)		✓	✓	✓	✓																
0 ⁰⁰ (Правый бок)		✓	✓	✓	✓																
2 ⁰⁰ (Левый бок)		✓	✓	✓	✓																
0 ⁰⁰ (Фазлера 45°)		✓	✓	✓	✓																
0 ⁰⁰ (Правый бок)		✓	✓	✓	✓																
График динамического наблюдения по тяжести состояния																					
Подпись м/с																					

Сестринская история наблюдения за пациентом

 Алгоритм заполнения сестринской истории наблюдения за пациентом	
Алгоритм	Дата ввода в действие «10» 01 2023 г. УТВЕРЖДАЮ Врач главного врача РК БСМП им. В.В. Ангалова Б.А. Гомбова

Титульный лист

1	Ф.И.О. пациента заполняется полностью и разборчиво
2	Дата рождения заполняется полностью
3	Номер истории болезни пишется полностью
4	Диагноз врачебный указывается полностью
5	Указать номер диеты и указать какое питание (обычное, протертое, зондовое)
6	Проведение идентификации личности пациента – нужно подчеркнуть
7	Указать причину не выполненной идентификации пациента
8	Выделить галочкой документ, на основании которого проведена идентификация личности пациента
9	Указать дату и время поступления в стационар
10	Указать ФИО м/с, принявшей и осмотревшей пациента и поставить подпись
11	Выделить галочкой результат по шкале Ватерлоу
12	Выделить галочкой результат по шкале Морса
13	Указать оценку боли
14	Указать наличие ИМН при поступлении
15	Выделить кружочком «Да» или «Нет» наличие ЛС, ценных личных вещей, аллергии, профилактики тромбозов. Указать оценку боли, наличие протезов, общие сведения о состоянии
16	Описать осмотр кожных покровов при поступлении

Мониторинг профилактики КАИК: Периферический катетер (смена каждые 3 суток)

1	Указать дату установки
2	Указать размер периферического катетера (ПК)
3	Указать локализацию ПК
4	Поставить подпись м/с, установившей ПК
5	Указать дату удаления ПК
6	Отметить удален в полном объеме или нет
7	Указать были ли осложнения
18	Поставить подпись м/с, удалившей ПК

Мониторинг профилактики КАИМП:

Уретральный катетер (смена каждые 7-10 суток)

1	Указать дату постановки У.К.
2	Указать вид и размер У.К.
3	Поставить подпись м/с, установившей У.К.
4	Указать дату удаления У.К.
5	Отметить удален в полном объеме или нет
6	Указать были ли осложнения
7	Поставить подпись м/с, удалившей У.К.

Зонд назогастральный (смена каждые 14 суток)

1	Указать дату установки НГЗ
2	Указать размер НГЗ
3	Поставить подпись м/с, установившей НГЗ
4	Указать дату удаления НГЗ
5	Отметить удален в полном объеме или нет
6	Указать были ли осложнения
7	Поставить подпись м/с, удалившей НГЗ

Данные по установке и локализации дренажей

1	Указать галочкой, какой дренаж установлен (плевральный, брюшной и др.)
2	Отметить галочкой локализацию дренажа (слева или справа)
3	Указать дату установки дренажа (устанавливает врач)
4	Указать дату удаления
5	Отметить удален в полном объеме или нет
6	Указать были ли осложнения

Данные по установке стомы

1	Указать галочкой, какая стома установлена (трахеостома, цистостома, колостомы и др.)
2	Указать дату установки стомы
3	Указать размер стомы
4	Указать дату удаления
5	Отметить удален в полном объеме или нет
6	Указать были ли осложнения

Лист ухода за пациентом

1	Указать дату и время полностью
2	Отметить наличие профилактики ВТЭО «+»
3	Отметить наличие периферического катетера, ЦВК, пролежней, послеоперационных ран, дренажей, мочевого катетера, стомы, смену калоприемника, ванны/гигиенической обработки, смены нательного/постельного белья
4	Указать осмотр на педикулез (положительный или отрицательный)
5	Поставить подпись м/с, проводившей манипуляции


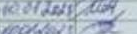

Лист профилактики пролежней

1	Указать в каком положении находится пациент
2	Указать дату

3	Написать сколько баллов по шкале Ватерлоу
4	Указать стадию пролежней
5	Отметить «+» каждое изменение положения по времени
6	Подпись м/с, проводившей изменение положения
Мониторинг состояния пролежней (каждые 3 суток)	
1	Указать дату мониторинга состояния пролежней
2	Указать локализацию пролежни при различных стадиях
3	Описать лечебные препараты в графе лечебные мероприятия
Лист оценки боли пациента	
1	Указать дату и время оценки
2	Указать оценку боли в баллах
3	Отметить «+» локализацию боли
4	Отметить купирована была боль «да» или «нет»
5	Поставить подпись м/с, проводившей оценку боли

Сокращения:

ИМН - изделие медицинского назначения
 КАИК - катетер-ассоциированные инфекции кровотока
 КАИМП - катетер-ассоциированные инфекции мочевыводящих путей
 ПК - периферический катетер
 УК - уретральный катетер
 НГЗ - назогастральный зонд
 ЦВК - центральный венозный катетер
 ВТЭО - Венозные тромбозмембранные осложнения

	ФИО	Должность	Дата	Подпись
Разработано	Палива В.А.	Медсестра-анестезист	10.01.23	
Оформлено	Манюшкинова С.Д.	Старшая медсестра ОАР	10.01.2023	
Согласовано	Хохлова Н.В.	Главная м/с	10.01.2023	

Выводы



Преимственность среди медицинских сестер



Улучшение качества оказания помощи



Контроль качества выполнения



Контроль осложнений после применения ИМН



Ответственность медицинской сестры





Контактная информация

Свяжитесь с нами по возникающим вопросам.



Электронный адрес

bsmp@govrb.ru



Телефонный номер

7 (3012) 37-37-90



Сайт

www.bsmp03.ru