**Лекция №15 «Организация работы медсестры приёмного отделения»**

Приемное отделение является структурным подразделением детской больницы.

***К основным функциям приемного отделения относятся:***

-    прием больных детей;

-    госпитализация их в отделение соответственно профиля;

-    оказание, если необходимо, неотложной помощи;

-    организация соответствующих мероприятий по предотвращению возникновения инфекционных заболеваний в больнице;

-    оформление и ведение медицинской документации.

Приемное отделение состоит из вестибюля, приемно-смотровых  
боксов, изоляционных боксов на 1 койку, санитарного пропускника,  
кабинета врача, процедурной (перевязочной), палаты интенсивной терапии, лаборатории для срочных анализов, комнаты для медицинского персонала, туалета и других помещений.

***Работа приемного отделения осуществляется в определенной последовательности:***

1. Регистрация ребенка, поступающего в стационар, в журнале госпитализации.

2. Заполнение титульного листа медицинской карты стационарного больного (история болезни).

3. Осмотр врача, который фиксирует данные анамнеза и объективного обследования ребенка в медицинскую карту стационарного больного (историю болезни).

4. Первичная диагностика заболевания и предоставление необходимой медицинской помощи.

5. Измерение температуры тела и проведение антропометрии (определение роста, массы, окружности головы и грудной клетки).

6. Осмотр ребенка на чесотку и педикулез. Проведение необходимой санитарной обработки, способ которой назначает врач.

7. Транспортировка больного ребенка в отделение соответствующего профиля.

***Документация приемного отделения детской больницы***

1. Журнал регистрации больных, поступающих в стационар - учетная форма № 001/у,

2. Журнал отказа от госпитализации - учетная форма №001-1/у.

3. Медицинская карта стационарного больного – учетная форма № 003/у.

4. Статистическая карта больного, который выбыл из стационара - учетная форма № 066/у.

5. Листок врачебных назначений - учетная форма № 003-4/у.

6. Температурный листок - учетная форма № 004/у.

7. Экстренное сообщение об инфекционном заболевании, пищевом, или химическом отравлении, необычной реакции, на прививку - учетная форма № 058/у.

8. Журнал учета инфекционных заболеваний - учетная форма № 060/у.

**Справочная (информационная служба)**

Организуется при приемном отделении. Здесь родители могут узнать о состоянии здоровья  
детей. Справочная ежедневно должна иметь сведения о месте пребывания, тяжести состояния и температуре тела каждого ребенка. Этисведения можно сообщать родителям по телефону

**Санитарно-гигиенический режим приемного отделения.**

Режим работы педиатрического стационара предусматривает выполнение необходимых санитарно-гигиенических требований и проведение дезинфекций.

Выполнение санитарно-гигиенического режима начинается с приемного отделения. Смотровая комната и ванная комната приемного отделения должны содержаться в идеальной чистоте. По завершении осмотра ребенка проводят обработку предметов (шпатели, термометры) и мебели (кушетка, стулья и др.), которых касался больной ребенок. Простыню на кушетке следует менять после каждого больного. Клеенчатую подушку и клеенку на кушетке после каждого больного обрабатывают 0,2 % раствором хлорантоина или другого дезинфицирующего средства

После осмотра ребенка врач приемного отделения, если необходимо, назначает гигиеническую ванну или душ. Если состояние ребенка крайне тяжелое или без сознания ему сразу оказывают неотложную помощь и направляют в реанимационное отделение.

***Госпитализация больных детей.***Дети доставляются в больницу машиной скорой медицинскойпомощи или родителями по направлению врача детской поликлиникии других детских учреждений или без направления («самотеком»).  
Помимо талона (направления) на госпитализацию, предоставляются и  
другие документы:

* страховой полис,
* выписка из истории развития ребенка,
* данные лабораторных и инструментальных исследований,
* сведения о контактахс инфекционными больными

Без документов больные могут бытьприняты в больницу только при неотложных состояниях.  
При направлении ребенка в стационар участковый педиатр должен выяснить, имел ли ребенок контакты с инфекционными больными дома или в школе (детском саду) за последние 3 недели (максимальная длительность инкубационного периода большинства детскихинфекционных заболеваний). Полученные сведения отмечают в направлении на госпитализацию.

Показания к стационарному лечению, а также профиль детского стационара определяет врач, который направляет ребенка, однако в случае появления новых симптомов, или ухудшения состояния ребенка во время осмотра в приемном отделении, эти вопросы определяются врачом приемного отделения. Детей раннего возраста госпитализируют с одним из родителей. При распределении больных детей, которые поступают в стационар необходимо придерживаться поэтапного заполнения палат, которое предусматривает отсутствие контакта с детьми, находящиеся в периоде выздоровления.

В случае наличия у ребенка инфекционного заболевания (корь, скарлатина, коклюш, ветряная оспа, кишечная инфекция и т.п.) ребенок госпитализируется в инфекционную больницу.

Дети с неинфекционной патологией (врожденные пороки развития, гипотрофия, рахит, хронические заболевания различных органов и систем, нарушения обмена веществ и т.п.) госпитализируются в профильные соматические отделения.

В случае острой хирургической патологии или для проведения плановой операции ребенок госпитализируется в детское хирургическое отделение многопрофильной больницы или специализированное отделение: кардиохирургическое, урологическое, торакальное, и т. п.

**Работа медицинской сестры ПО**

|  |
| --- |
| **Обязанности медицинской сестры приемного отделения** |

|  |
| --- |
| *Рабочее место: процедурный кабинет, лечебное отделение*.  **Цели деятельности:**  - соблюдение санитарно-противоэпидемиологического режима для профилактики внутрибольничной инфекции, - обеспечение режима работы отделения. **Медсестра должна знать**:  1. Правила соблюдения сан-эпид. режима п/о. 2. Структуру отделения и его организацию. 3. Документацию п/о, правила ее заполнения. 4. Правила доврачебного осмотра пациента (осмотр на наличие гнид, вшей, чесотки, наличие побоев и др. изменения на коже пациента, а также измерения АД, Т, подсчета PS, ЧДД, проведения антропологических измерений). 5. Правила выписывания и хранения лекарственных средств. 6. Номера телефонов: - пожарной службы (01), - милиции (02), - скорой помощи (03), - наркологической службы района или города, - санитарно-эпидемиологической службы района или города (СЭС). 7. Правила транспортировки биологических жидкостей, а также транспортировки пациентов с подозрением на наличие СПИДа. 8. Технику выполнения манипуляций: - инъекций,  - промывания желудка пациенту в сознании, - проводить различные виды клизм и т.д. 9. Правила регулирования приема врачом пациентов, в зависимости от их состояния. 10. Правила приготовления дезинфекционных растворов и признаки их непригодности.  **Медицинская сестра п/о обязана уметь**: 1. Принимать и сдавать: - дежурство, - пациентов, находящихся в п/о на диагностических койках, - ключи от сейфа с лекарственными средствами и спиртом, - ключи от шкафчиков с лекарственными средствами, - медицинский инструментарий и медицинское оборудование, - хозяйственный инвентарь и предметы ухода, - САНИТАРНОЕ СОСТОЯНИЕ отделения. 2. Участвовать в приеме пациентов, регулируя очередность в зависимости от их состояния. 3. Вести необходимую документацию: - журнал ЭКСТРЕННОЙ (срочной!) госпитализации, - журнал ПЛАНОВОЙ госпитализации, - журнал "ОТКАЗОВ", - АЛФАВИТНУЮ книгу (для стола справок), - МЕДИЦИНСКУЮ КАРТУ стационарного больного (историю болезни пациента - ТОЛЬКО титульный лист), - СТАТИСТИЧЕСКУЮ карту (титульный лист), - СОСТАВЛЯТЬ ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ в СЭС (при выявлении гнид, вшей, чесотки и др. инфекционных заболеваний), - ОПИСЬ ВЕЩЕЙ и ЦЕННОСТЕЙ пациента, - ТЕХНОЛОГИЧЕСКУЮ карту пациента, - журнал УЧЕТА лекарственных средств списка "А" и "Б", - журнал УЧЕТА СПИРТА и др. 4. Регистрировать в соответствующих журналах ПОСТУПАЮЩИХ, выписывающихся, "отказных", переведенных из других отделений и больниц, а также УМЕРШИХ пациентов. 5. Проводить доврачебный осмотр пациента: - осмотр волосистых частей тела на педикулез, - измерение АД, Т° тела пациента (ТЕРМОМЕТРИЯ), - подсчет PS, ЧСС, ЧДД, - антропометрические измерения. **Запомни**! При выявлении педикулеза и чесотки медсестра ОБЯЗАНА проводить САНИТАРНУЮ ОБРАБОТКУ пациента! Результаты СВОЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ она обязана ФИКСИРОВАТЬ в истории болезни: ПЕДИКУЛЕЗ (Р "-") или педикулез "НЕ выявлен" и подпись медсестры. Остальные показатели осмотра - в листе наблюдения за пациентом. 6. Направлять пациентов на прием к врачу. 7. Оформлять титульный лист истории болезни пациента и другую, указанную выше, документацию. 8. Знакомить пациента с режимом работы стационара. 9. Контролировать САНИТАРНУЮ ОБРАБОТКУ пациентов и помещений. 10. Направлять на дезинфекцию вещи пациентов и обеспечивать доставку в дезинфекционную камеру матрацев, подушек и тапочек после каждого пациента, выписавшегося из диагностических палат п/о. 11. Контролировать выполнение лечебно-охранительного режима в отделении. 12. Выписывать и получать лекарственные средства из аптеки. 13. Вести учет использованных лекарственных средств. 14. Выписывать порционник для пациентов, находящихся на диагностических койках п/о. 15. Выполнять назначения врача: - проводить гигиеническую ванну или душ, обтирания, обмывания и др.; - проводить смену нательного и постельного белья; - контролировать режим двигательной активности пациентов; - контролировать режим питания пациентов; - подавать судно и мочеприемник в постель (мужчине и женщине); - проводить туалет мочеполовых органов; - раздавать лекарственные средства; - проводить инъекции; - промывать желудок (пациент в сознании); - очищать кишечник (клизмы, свечи); - кормить пациента, используя различные способы; - подавать кислород (ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ) - увлажненный и пеногаситель; - ВЫЗЫВАТЬ ЛАБОРАНТА для забора биологических жидкостей на исследование (кровь из пальца).  16. Обеспечивать доставку биологических жидкостей на исследование в лабораторию. 17. При необходимости: - сопровождать тяжело больных пациентов в другие отделения или на назначенные врачом исследования, - вызывать наркологическую службу больницы (для введения наркотических средств или консультаций), - передавать телефонограммы в: а) милицию, б) СЭС, в) другие отделения и больницы. 18. Готовить и контролировать пригодность дезинфицирующих растворов. |

***Санитарно-гигиеническая обработка больного ребенка***в приемном отделении проводится с учетом тяжести его состояния. Если ребенок нуждается в неотложной помощи, санитарно-гигиеническая обработка проводится после улучшения состояния.

В смотровой комнате приемного отделения ребенка готовят к гигиенической ванне. Перед обработкой ребенка ванну тщательно моют и обрабатывают дезинфицирующим раствором.

Моют больного ребенка в определенной последовательности: сначала голову, затем туловище и нижние конечности. Особенно тщательно моются места, где обычно скапливается пот и выделения, которые приводят к опрелостям (паховая область, промежность). Если больному ребенку по состоянию здоровья ванна противопоказана, назначают душ, или проводят другие гигиенические мероприятия в соответствии с его состоянием (подмывание, обработка естественных складок кожи, загрязненных участков тела и т. п.). После купания ребенка ванну моют мочалкой и обрабатывают дезсредством.

***Осмотр на педикулез.***Педикулез (вшивость) передается при непосредственном контакте с больным и при использовании его одежды и предметов личной гигиены. Возникновению педикулеза способствуют: неряшливость, нарушение санитарно-гигиенических правил, большая скученность людей (вокзалы и тому подобное), плохая организация санитарно-образовательной работы*.*

|  |  |
| --- | --- |
| **pediculus_humanus_var_capitis**  Рис. 18.1. Головная вошь | **http://zinref.ru/000_uchebniki/03200medecina/001_01_00_uhod_za_bolnomi_praktika_kovaleva_2014/000/026_385image103.jpg**    Рис. 18.2. Гниды головной вши |

В случае выявления педикулеза проводится специальная санитарная обработка: не раздевая ребенка, обрабатывают волосы одним из инсектицидных растворов:

–      суспензия водно-мильная бензилбензоата 20 % (10-30 мл);

–      мазь бензилбензоата10-20 %;

–      «Нитифор» лосьон;

–      «Нок» крем-шампунь (1% раствор перметрина);

–      «Педилин» эмульсия или шампунь (0,5 % раствор малатиона);

–      «Пара плюс» аэрозоль - комбинированный препарат, который содержит малатион, перметрин, пиперонилабутоксид;

–      «Род» шампунь (0,5 % раствор малатиона);

–      «Анти-бит» шампунь (0,5 % раствор малатиона);

–      «Итакс» пенистый лосьон или аэрозоль (3 % раствор фенотрина);

–      «Никс» шампунь (3 % раствор перметрин);

Время экспозиции составляет 10-30 мин. в зависимости от избранного средства и согласно прилагаемой инструкции. После обработки специальным средством голову ребенка моют горячей водой с обычным шампунем. Волосы расчесывают густым гребнем. Процедуру повторяют через 7-10 дней. Выявление педикулеза врач отмечает в истории болезни, и экстренное извещение передает в районную санитарно эпидемическую станцию.

В случае заражения вшами одежды, ее кипятят в 2% растворе кальцинированной соды в течение 15 мин., после чего направить в отдельном мешке на дезинфекцию путем прожарки в специальной камере.

|  |  |
| --- | --- |
| Pictures of Scabies Rash  Рис. 3. Чесоточный клещ | ***При осмотре на чесотку***уделяют внимание участкам тела наиболее склонным к поражению: кисти рук, нижняя часть живота, внутренняя поверхность бедер. |

У детей часто встречается нетипичная локализация чесоточного клеща.

При выявлении чесотки проводят санитарную обработку специальными средствами согласно инструкции:

-  «Спрегаль» аэрозоль (эсдепалетрин и пиперонилабутоксид);

-«Спрей-пакс» аэрозоль (экстракт пиретрума и пиперонилабутоксид);

- «Итакс» лосьон или аэрозоль (3 % раствор фенотрина);

- «Никс» шампунь (3% раствор перметрина);

- суспензия водно-мыльная бензилбензоата 20 % (10-30 мл);

- мазь бензилбензоата 10-20 %;

***Транспортировка больных детей****.*Из приемного отделения больные дети транспортируются в отделение с учетом их общего состояния.

Транспортировка в отделение осуществляется:

а) пешком, в сопровождении медработника;

б) в кресле-каталке;

в) на носилках;

г) на руках родителей или медперсонала.

Вопрос о виде транспортировки решает врач, в зависимости от состояния больного ребенка. Если состояние удовлетворительное, ребенок старшего возраста направляется в отделение в сопровождении медицинского работника. Некоторых больных целесообразнее доставить в отделение в кресле-каталке. Тяжелых больных транспортируют на носилках, застеленных чистой простыней и одеялом (в зависимости от времени года) и установленных на специальную каталку.

В палате, ребенка, который находится в тяжелом состоянии, с носилок переносят на кровать. Если больного ребенка старшего возраста переносит один человек, то нужно подложить одну руку под лопатку, а вторую - под бедра, при этом желательно, чтобы ребенок охватил за шею того, кто его несет. Если больного ребенка переносят 2 человека, тогда один из них подкладывает руки под лопатку ребенка, ближе к шее и поясницу, другой - под ягодицы и голени. При перенесении резко ослабленных и тяжелобольных нужен третий человек: первый держит голову и грудь, второй – поясницу и бедра, третий - голени.