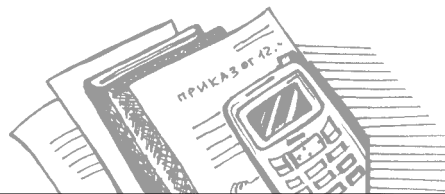


ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ



В одном из предыдущих номеров мы уже рассказывали о Больнице скорой медицинской помощи г. Набережные Челны (далее – БСМП) и о внедренном в ней дресс-коде¹. В настоящей публикации мы продолжаем делиться опытом этой одной из ведущих медицинских организаций страны.

Опыт внедрения новых форм организации работы среднего и младшего медицинского персонала в больнице скорой медицинской помощи

Г.А. ДАВЛЕТШИНА,
главная медицинская сестра Государственного автономного учреждения здравоохранения Республики Татарстан «Больница скорой медицинской помощи» г. Набережные Челны.

Обучение за рубежом

Серьезным стимулом в развитии инновационной деятельности специалистов больницы стала их стажировка за рубежом в сентябре – декабре 2010 г. во время реконструкции БСМП. По инициативе главного врача больницы при поддержке Министерства здравоохранения Республики Татарстан правительством республики совместно с коммерческой инжиниринговой компанией (в рамках контракта) были изысканы средства для обучения 26 специалистов БСМП в Университетской клинике г. Йена (Германия). В составе одной из первых групп стажировавшихся

¹ Давлетшина Г.А. Опыт внедрения дресс-кода на примере Больницы скорой медицинской помощи г. Набережные Челны // Главная медицинская сестра. 2015. № 6. С. 17–25. – *Примеч. ред.*

были главная медицинская сестра и старшие медицинские сестры отделений реанимации, кардиореанимации, приемного отделения больницы. По итогам стажировки проведены конференция трудового коллектива БСМП, городские конференции с руководителями медицинских организаций города, заместителями главных врачей и специалистами городских служб здравоохранения и среднего медицинского персонала, 26 докладов-презентаций специалистов и обучающих семинаров. Также по итогам зарубежного обучения специалистов больницы подготовлены творческие отчеты и разработаны программы по внедрению в практическую деятельность нескольких инновационных пилотных проектов: организация работы сотрудников с функциями медсестры комплексного ухода и медсестры-координатора, создание секретариата отделения, социальной службы, центральной диспетчерской службы, внутренней транспортной службы и службы внутреннего клининга. Разработаны положения, приказы и технологии внедрения перечисленных инноваций.

■ Медицинская сестра комплексного ухода и медицинская сестра – координатор

Приказом главного врача БСМП от 11.01.2011 № 14 в коечных отделениях медицинской организации в режиме пилотного проекта¹ внедрена новая должность – «медсестра комплексного ухода». На нее назначаются медицинские сестры, имеющие сертификат по специальности «сестринское дело» и опыт работы в профильных отделениях.

Предпосылками для инновации стали:

- современные требования к качеству оказания медицинской помощи пациентам;
- зарубежный опыт;
- универсальная базовая подготовка медицинского персонала в рамках специальности «сестринское дело».
- практический опыт (медсестры в дежурную (ночную) смену еще до введения новой должности уже работали по принципу комплексного ухода, выполняя функции медицинской сестры палатной, перевязочной и процедурной).

Основными функциональными обязанностями медицинских сестер являются выполнение плана лечебных мероприятий, оказание каче-

¹ О новой модели организации сестринской помощи читайте также: С.И. Двойников: в сестринском деле грядут существенные изменения // Главная медицинская сестра. 2015. № 3. С. 13–20.

ственного медицинского ухода за пациентами и правильное оформление медицинской документации. В своей ежедневной работе средний медицинский персонал выполняет ограниченный объем лечебных манипуляций, если работает только в процедурной, перевязочной или на посту, тем самым утрачивая многие знания и навыки, полученные в ходе обучения по специальности. Так, с годами медсестры, работающие на посту, теряют навык выполнения процедур и перевязок.

До начала пилотного проекта работа сестринской службы в стандартном отделении на 55 коек была организована следующим образом: в течение дня в отделении работали старшая медсестра, две постовые медсестры (палатные), по две медсестры процедурной и перевязочной.

В традиционной модели оказания сестринской помощи постовая медсестра «ведет» большое количество пациентов – до 30 человек на каждом посту, что снижает качество сестринского ухода. Фактически большой – «ничей», с ним работают разные средние медицинские работники, а лечащий врач не может уделить больному достаточно внимания, т. к. три четверти своего рабочего времени находится в операционной.

Качество сестринского ухода и качество выполнения плана лечебных мероприятий можно повысить, «закрепив» за каждой медсестрой определенное количество пациентов (на одну медсестру – 10–15 пациентов), с которыми она будет работать с момента их поступления в отделение до выписки, выполняя все мероприятия по лечению и уходу, необходимые данным пациентам. Это и есть так называемая медсестра комплексного ухода. В результате получается профессиональный тандем врач – медсестра. Одним из плюсов такой организационной модели также является и то, что в конечном итоге все медсестры отделения могут выполнить перевязку, инъекцию, инфузию и осуществлять мероприятия по уходу. В условиях жесточайшего кадрового дефицита это один из положительных моментов – все медсестры взаимозаменяемы.

Для координации работы медицинских сестер в единой команде назначается медицинская сестра-координатор. Это медицинская сестра, имеющая сертификат по специальности «сестринское дело», опыт работы в профильных отделениях, обладающая организаторскими способностями, как правило, являющаяся дублером старшей медицинской сестры (или ее резервом) отделения.

Медсестра-координатор и медсестры комплексного ухода подчиняются заведующему отделением и старшей медсестре отделения.

В процессе внедрения новой формы организации работы медсестер в БСМП перестановки внутри отделений происходили в рамках существующего штатного расписания.

На 55 коек в дневную смену теперь работают 6 человек: одна медсестра-координатор (она же – старшая по смене, дублер старшей медсестры), пять медсестер комплексного ухода (на каждую приходится до 15 пациентов) и старшая медсестра.

График работы – 38,5 ч в неделю при пятидневной рабочей неделе.

В ночную смену, в дни, когда отделение дежурит по приему экстренных больных по профилю, работают 3 медсестры комплексного ухода, в неприемные дни – по 2 медсестры комплексного ухода.

Одна медсестра комплексного ухода работает с одним врачом, ведет три палаты (до 15 пациентов).

Основными функциями медсестры-координатора являются:

- организация расстановки медсестер в смене (совместно со старшей медсестрой);
- распределение поступающих пациентов по палатам;
- взаимодействие со всеми лечебно-диагностическими службами больницы с целью организации мероприятий по диагностике и оперативному лечению пациента;
- вызов транспортной службы через диспетчерскую службу;
- подача заявок в операционный блок;
- прием и отправление пневмопочты;
- осуществление контроля за качеством оказываемой сестринской помощи.

Взаимодействие между медсестрой-координатором профильного отделения и диагностическими службами, а также операционным отделением осуществляется следующим образом:

1) медсестра-координатор производит выборку диагностических назначений и предстоящих оперативных вмешательств из истории болезни;

2) формирует и передает заявки в диагностические отделения, операционное отделение (до 14:00);

3) диагностические отделения и оперблок до 17:00 подают заявки в центральную диспетчерскую службу, о которой будет сказано чуть ниже;

4) с 7:30 следующего дня транспортная служба, о которой также будет сказано чуть ниже, под контролем медсестры-координатора начинает забирать пациентов из отделений для транспортировки на операцию или диагностику.

Взаимодействие медсестры-координатора отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) с профильными отделениями осуществляется следующим образом:

1) медсестра-координатор производит выборку из историй болезни пациентов, переводящихся из ОРИТ в профильные отделения;

2) формирует и передает заявки в профильные отделения (до 14:00);

3) профильные отделения подают заявки в центральную диспетчерскую службу (до 17:00);

4) с 7:30 следующего дня транспортная служба под контролем медсестры-координатора начинает забирать пациентов из ОРИТ для транспортировки в профильные отделения.

Основными функциями медицинской сестры комплексного ухода являются:

- уход за пациентом;
- лечебные мероприятия: раздача таблеток, внутримышечные, подкожные, внутривенные инъекции, инфузии и гемотрансфузии, постановка клизмы и т. д., а также выполнение различных процедур и перевязок
- выполнение лечебно-диагностических манипуляций – термометрия, измерение артериального давления, пульса, а также перевязки, уход за дренажами, трубками и т. д.;
- работа с медицинской документацией.

■ Решение кадровых вопросов в ходе внедрения пилотного проекта

Одной из главных проблем внедрения проекта «медицинская сестра комплексного ухода и медицинская сестра – координатор» заключалась в том, что соответствующих должностей не предусмотрено Номенклатурой должностей медицинских работников и фармацевтических работников, утвержденной приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н.

В трудовых книжках, договорах, штатном расписании БСМП специалисты со средним медицинским образованием оформляются согласно номенклатуре специальностей, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 16.04.2008 № 176н «О номенклатуре специальностей специалистов со средним медицинским образованием и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения РФ».

Для соблюдения законодательства записи должностей в трудовых книжках специалистов больницы, осуществляющих функции медсестры комплексного ухода или медсестры-координатора, сохраняются по утвержденной номенклатуре должностей: «медицинская сестра па-

латная (постовая)», «медицинская сестра перевязочной», «медицинская сестра процедурной». В будущем это обеспечит назначение этим работникам пенсий в соответствии с российским законодательством¹.

А вот в индивидуальных должностных инструкциях медсестер процедурных, перевязочных и палатных прописаны должностные обязанности в объеме, необходимом для выполнения функций медсестры комплексного ухода или медсестры-координатора.

Оплата за выполнение сотрудниками дополнительных обязанностей (сверх предусмотренных указанной в трудовой книжке работника должностью) осуществляется за счет выплат компенсационного и стимулирующего характера, а также за счет внебюджетных средств медицинской организации.

Роль работников кадровой службы в соблюдении номенклатуры должностей и специальностей определяется тем, что штатное расписание в соответствии с его современной формой, утвержденной постановлением Госкомстата России от 05.01.2004 № 1, подписывается (и, как правило, разрабатывается) руководителем кадровой службы. При этом учитываются следующие положения:

- руководителям медицинских организаций предоставлены широкие права в разработке местных норм и нормативов по труду, а отраслевые нормативные документы применяются в качестве методических рекомендаций;
- штатные нормативы не определяют принципы, методы и формы организации медицинской помощи, а штатное расписание не определяет место расположения отдельных подразделений или рабочего места отдельных работников².

■ Решение эпидемиологических вопросов при внедрении проекта

При внедрении проекта «медицинская сестра комплексного ухода и медицинская сестра – координатор» возник вопрос: может ли выпол-

¹ Согласно Федеральному закону от 17.12.2001 № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», постановлению Правительства РФ от 29.10.2002 № 781 «О списках работ, профессий, специальностей и учреждений, с учетом которых досрочно назначается трудовая пенсия по старости в соответствии со ст. 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», и об утверждении правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со ст. 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации»» (с изм. от 26.05.2009).

² Шипова В.М. Нормирование труда как система поддержки кадровых решений в учреждениях здравоохранения // Справочник кадровика. 2009. № 4.

нение плана лечебных назначений у постели больного нарушать санитарно-эпидрежим.

С точки зрения принципов биологической безопасности пациента, принятых в мире, приоритетным является выполнение лечебных назначений (инъекций, инфузий и перевязок) максимально у постели больного. Кроме того, СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» предусматривают «палатные отделения для иммунокомпрометированных пациентов (отделения для пациентов с ВИЧ-инфекцией, муковисцидозом, онкогематологическими заболеваниями, ожогами)» (п. 10.9); согласно документу «работа отделений организуется по принципу максимального оказания медицинской помощи и обслуживания пациентов непосредственно в палате» (п. 10.9.2). Мероприятия, рекомендуемые для ослабленных больных, приемлемы и для больных хирургического и терапевтического профиля стационара.

Таким образом, проведение инъекций и инфузий у постели пациента, выполнение в условиях палаты чистых (простых) перевязок не противоречит санитарным нормам. В условиях перевязочного кабинета выполняются перевязки пациентов, имеющих гнойное отделяемое¹, перевязки, при проведении которых необходимо адекватное обезболивание, имеется обширная раневая поверхность или раневая поверхность в интимных зонах.

В БСМП при методической поддержке эпидемиологической службы отработаны методики подготовки мобильных постов для проведения инъекций и перевязок с выходом в палату, обеспечен достаточный оборот инструментов для создания индивидуальных укладок², проведено соответствующее обучение персонала. Как поддерживать профессиональные навыки всех медсестер отделения, к примеру, навык выполнения перевязок? Необходимо ежемесячно менять медсестер перевязочных, пока все медсестры отделения не освоят методики проведения перевязок (ротация через перевязочный кабинет), как это и было организовано в БСМП.

¹ Перевязки пациентов, имеющих гнойное отделяемое, проводят в отдельной перевязочной или при ее отсутствии после перевязки пациентов, не имеющих гнойного отделяемого. Осмотр пациентов проводят в перчатках и одноразовых фартуках (п. 3.17 СанПиН 2.1.3.2630-10).

² Альтернативой стерильных столов являются индивидуальные укладки на каждую операцию, включая стандартный набор инструментов и отдельно упакованные инструменты (п. 4.11 СанПиН 2.1.3.2630-10).

■ Решение некоторых организационных проблем в сестринской деятельности

Реализация пилотного проекта «медицинская сестра комплексного ухода и медицинская сестра – координатор» была бы невозможна без исключения из деятельности медсестер непрофильных функций (доставка анализов в лабораторию, сопровождение пациентов на диагностические исследования, уборка, сопровождение пациентов в другие медицинские организации, оформление выписных документов).

Для решения этой проблемы в БСМП реализуется еще несколько проектов.

АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ ДОСТАВКА БИОМАТЕРИАЛОВ

Доставка биоматериалов от пациентов в БСМП осуществляется с помощью пневматической почты, клинико-диагностическая лаборатория в медицинской организации полностью автоматизирована. В каждом коечном отделении, в приемном отделении и реанимационных отделениях были установлены станции пневмопочты на посту медсестры. Пневмопочта осуществляет связь между отделениями и КДЛ. Всего – 28 станций отправки и приема.

ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТОВ ВНУТРИ ОРГАНИЗАЦИИ

В БСМП приказом главного врача от 11.03.2011 № 18/1 создана внутренняя транспортная служба больницы, куда вошли младшие медицинские работники, освобожденные от ухода за больными и уборки помещений (студенты медицинских и других образовательных организаций, которые хотели выполнять работу, не связанную с уборкой). В штате транспортной службы в круглосуточном режиме работают 26 чел., которые подчиняются старшему диспетчеру центральной диспетчерской службы и старшей медсестре приемно-диагностического отделения.

Основной функцией внутренней транспортной службы является круглосуточная транспортировка пациентов на диагностические исследования, операции и обратно в отделения по распределению диспетчера. При этом сотрудники службы должны регулярно отчитываться диспетчеру обо всех своих передвижениях, о выполненных заявках или невозможности их выполнения. Каждый сотрудник транспортной службы обеспечен корпоративной сотовой связью.

Благодаря работе внутренней транспортной службы медсестра комплексного ухода постоянно находится рядом с пациентами в отделении, ей нет необходимости покидать отделение, отвлекаться на сопровождение и перевозки.

Следует отметить, что должности сотрудник транспортной службы также не предусмотрено Номенклатурой должностей медицинских работников и фармацевтических работников, поэтому записи в трудовых книжках для сотрудников службы сохранены согласно номенклатуре: «санитарка» («санитар»).

СЛУЖБА ВНУТРЕННЕГО КЛИНИНГА

В БСМП создана служба внутреннего клининга¹, обеспеченная необходимым современным оборудованием и обеспечивающая уборку помещений класса А (в операционном отделении, отделениях реанимации, кардиореанимации, нейрохирургии, травматологии, функциональной диагностики, в амбулаторном травматологическом центре и приемно-диагностическом отделении). Служба сформирована из младшего медицинского персонала больницы. Поскольку должности сотрудника клининга также нет в Номенклатуре должностей, в трудовых книжках работников службы сохранена должность санитарки (санитара).

СОЦИАЛЬНАЯ СЛУЖБА

Приказом главного врача БСМП от 11.01.2011 № 19/1 с целью повышения качества медицинской помощи, социальной адаптации пациентов после лечения в стационаре, оказания психологической помощи после тяжелых болезней и операций, для упорядочения работы с реабилитационными центрами и социальными службами города создана социальная служба больницы. Она работает в составе юридической службы БСМП под руководством начальника юридического отдела и включает двух сотрудников: специалиста по социальной работе (психолога) и медицинской сестры сопровождения.

Должностными обязанностями работников социальной службы являются:

¹ Подробнее о системе клининга см. также: *Герасименко А.В., Чумаков М.Э., Максакова Ю.Н.* Опыт организации отдела инфекционной безопасности в перинатальном центре // Главная медицинская сестра. 2015. № 5. С. 68–80; *Носкина Н.А.* Опыт организации отдела профилактической уборки и дезинфекции в Ростовской клинической больнице // Главная медицинская сестра. 2015. № 6. С. 73–80.

- оформление страховых полисов пациентам, у которых нет документов, связь со страховыми компаниями;
- отбор, направление и сопровождение пациентов в реабилитационные центры;
- перевод пожилых людей в дома престарелых;
- перевод больных в психоневрологический диспансер;
- профилактическая работа с пациентами, страдающими алкогольной зависимостью и наркоманией, организация их добровольного лечения в наркологическом диспансере;
- устройство и доставка в приюты бомжей, проходивших лечение в больнице;
- заказ (напрокат) протезов, костылей, колясок;
- организация ухода за пациентами на дому через городские социальные службы;
- организация ухода за детьми во время госпитализации и лечения одиноких родителей через органы попечительства;
- сопровождение в санатории больных, перенесших инфаркт миокарда или ОНМК.

СЕКРЕТАРИАТ ОТДЕЛЕНИЯ

На основании приказа главного врача БСМП от 11.01.2011 № 15/1 «Об организации секретариатов коечных отделений в ГАУЗ РТ БСМП» на должность секретаря отделения первоначально назначались медицинские сестры, т. к. необходимо было занести всю основную информацию из медицинской документации в компьютер. На сегодняшний день с этой функцией успешно справляются молодые девушки, имеющие специальную подготовку по работе на компьютере, оформленные на ставку медицинского регистратора (далее – секретарь).

Секретарь подчиняется старшей медсестре отделения и заведующему отделением, а также заместителю главного врача по клинико-экспертной работе.

Основные функции секретаря:

- оформление и печатание: выписного эпикриза по информации из истории болезни больного; протоколов операции; санаторно-курортных карт; направлений в медицинские, реабилитационные центры, учреждения здравоохранения; медицинских заключений о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести; справок по требованию пациентов или по запросам организаций и следственных органов; статистических талонов;

- доставка историй болезни и выписных эпикризов в кабинет выписки;
- сбор подписей лечащих врачей, заведующих отделениями и заместителя главного врача по клинико-экспертной работе, печатей БСМП на выписных документах и листках нетрудоспособности, справках;
- своевременное оформление больного (не позднее 11:00 в день выписки).

ДОКУМЕНТИРОВАННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В процессе реализации пилотного проекта «медсестра комплексного ухода и медсестра-координатор» пришлось существенно пересмотреть основные формы медицинской документации, т. к. при выполнении назначений у постели больного необходимо наличие листов назначения (для идентификации пациента и четкого выполнения плана лечебных назначений).

У каждой медсестры, ведущей пациентов трех палат, в папках находятся листы назначений, согласно которым она идентифицирует пациента, выполняет назначения врача и фиксирует их выполнение. В конце смены листы назначений передаются лечащим врачам для коррекции и контроля выполнения назначений. Для удобства медсестер были разработаны отдельно лист назначений № 1 (для инъекций, инфузий, per os), лист диагностических назначений № 2, лист перевязок № 3, лист наблюдений (приложения 1–5). Также составлены схемы накрытия стола для выполнения инъекций у постели больного.

ЦЕНТРАЛЬНАЯ ДИСПЕТЧЕРСКАЯ СЛУЖБА

Центральная диспетчерская служба больницы организована в составе приемно-диагностического отделения. В ней работают 4 диспетчера (в день – 1 чел., в ночь – 1 чел.), которые оформлены как медицинские регистраторы.

В функции этих сотрудников входит организация взаимодействия между службами БСМП – сбор и передача заявок:

- внешней транспортной службе (перевозки из БСМП в другие медицинские организации);
- в инженерно-техническую службу;
- во внутреннюю транспортную службу;
- на консультации специалистов (врачей) в отделениях.

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАРКОТИЧЕСКИЙ ПОСТ

Предпосылкой создания центрального наркотического поста (ЦНП) стало выстраивание логистики всех кабинетов хранения наркотических средств (далее – КХН). Как правило, КХН создаются в отделениях с большим расходом наркотических средств (НС) и психотропных веществ (ПВ), такие как отделения реанимации, анестезиологии, кардиореанимации и т. д.

В БСМП до создания ЦНП было 4 КХН: в отделениях реанимации и интенсивной терапии; анестезиологии и реанимации; кардиологии; хирургии.

В настоящее время в больнице функционирует 5 КХН: в отделениях реанимации и интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации, кардиореанимации (отделение появилось после реконструкции БСМП), отделении по оказанию платных услуг «Осанна» (удаленный отдельный корпус; отделение появилось после реконструкции), а также ЦНП. Последний обслуживает все коечные отделения блока Б и находится на 5-м этаже 12-этажного здания.

В составе центрального наркотического поста работают 4 медицинские сестры. Он функционирует круглосуточно и в сутки обслуживает до 70 заявок.

Таким образом, перечисленные выше организационные решения позволяют снизить нагрузку на ценных высококвалифицированных специалистов – медицинских сестер – и высвободить их время для работы с пациентами. При этом труд средних медицинских работников можно организовать так, чтобы максимально использовать полученные ими компетенции, обеспечить взаимозаменяемость специалистов и вместе с тем повысить качество оказываемой сестринской помощи – за счет выделения ставок медсестер комплексного ухода и управляющих их работой медсестер-координаторов. Взаимоотношения в тандеме врач – медсестра при данной форме организации сестринского труда выходят на новый уровень профессионального взаимодействия, основанный на принципах партнерства. Медсестра оценивает состояние пациента комплексно: как медсестра палатная, процедурной и перевязочной. Пациенту эта модель также может быть удобна, т. к. с ним работают постоянные, «закрепленные за ним» специалисты сестринского дела, уделяя ему необходимое количество времени.

Лист врачебных назначений (инъекционные)

Ф. И. О. больного _____
 Дата рождения _____ № МКСБ _____
 Дата поступления _____
 Диагноз _____
 Аллергические реакции на лекарства _____

Дата/ время назначения	Наименование назначения	Серия	Доза	Кратность	Путь введения															
	Режим: 1 – постельный; 2 – палатный; 3 – общий																			
	Диетический стол:																			
<...>																				
	Отметки о выполнении назначения			Дневная медсестра																
				Дежурная медсестра																

С полученными назначениями ознакомлен, пациент _____
 Заведующий отделением _____
 Лечащий врач _____
 Старшая медсестра _____
 Палатная медсестра _____

Лист врачебных назначений (таблетированные)

Ф. И. О. больного _____
 Дата рождения _____. № МКСБ _____. Дата поступления _____
 Диагноз _____
 Аллергические реакции на лекарства _____

Дата/ время назна- чения	Наименование на- значения	Доза	Кратность	Путь введения				
<...>								
	Отметки о выполнении назначения	Дневная медсестра						
		Дежурная медсестра						

С полученными назначениями ознакомлен, пациент _____
 Заведующий отделением _____
 Лечащий врач _____
 Старшая медсестра _____
 Палатная медсестра _____

Лист диагностических назначений

Ф. И. О. больного _____.

Дата рождения _____ № МКСБ _____.

Дата назначения	Наименование диагностического исследования	Записан (на дату и время)	Подпись медсестры	Дата назначения	Вид исследования (анализы)	Подпись м/с о выполнении

С полученными назначениями ознакомлен, пациент _____

Заведующий отделением _____

Лечащий врач _____

Старшая медсестра _____

Палатная медсестра _____

Лист перевязок

Ф. И. О. больного _____.

Возраст _____ № истории болезни _____.

Диагноз _____.

Аллергические реакции на лекарства _____.

Дата и время назначения / выполнения	Наименование перевязки (объем)	Мази	Растворы	Бинты 7 × 14, салфетки, лечебные повязки	Подпись м/с о выполнении

С полученными назначениями ознакомлен, пациент _____

Заведующий отделением _____

Лист наблюдений (физиологические параметры)

ГАУЗ РТ «БСМП» Отделение _____
 № МКСБ _____
 Ф. И. О. больного _____
 Палата № _____

Дата	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		<...>				
	Р	АД	Т	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В		
140	200	41																													
		40,8																													
		40,6																													
		40,4																													
		40,2																													
120	175	40																													
		39,8																													
		39,6																													
		39,4																													
		39,2																													
100	150	39																													
		38,8																													
		38,6																													
		38,4																													
		38,2																													
			Осмотр на педикулез и чесотку																												
			Осмотр на педикулез и чесотку																												
			Осмотр на педикулез и чесотку																												

■ Список использованной литературы

1. *Кичатова Е.Ю.* Совершенствование деятельности сестринского персонала ожоговых отделений: Дисс. ... канд. мед. наук. Самара, 2004. 184 с.

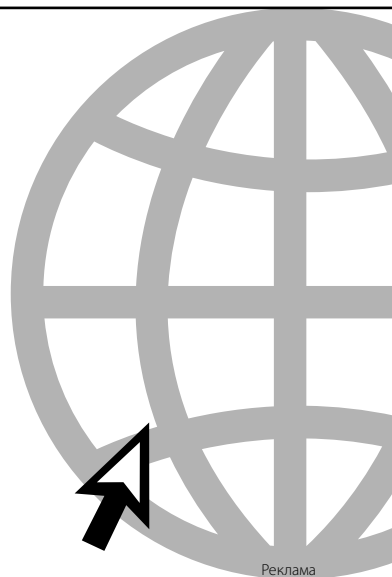
2. *Перфильева Г.М.* Сестринское дело в России (социально-гигиенический анализ и прогноз): Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 1995. 46 с.

3. *Шпак Г.И.* Сестринское дело как объект социологического анализа: Дисс. ... канд. соц. наук. М., 2006. 168 с.

4. *Беспалова Г.Н.* Опыт введения должности медицинской сестры – координатора психосоциальной работы в психиатрической больнице // Главная медицинская сестра. 2008. № 7. С. 61–77.

5. *Бахтина И.С.* Научное обоснование внедрения инновационных технологий организации работы среднего медицинского персонала в многопрофильном стационаре // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение. СПб., 2009.

Выгодная
подписка
на журнал
на сайте
www.proflit.ru



Самостоятельно оформите подписку
на любой период