

## ТЕМА: «Лечебно-охранительный режим»

### Этико-деонтологическое обеспечение

1. Медицинской сестре следует дать пациенту возможность выразить его мысли, заботы и чувства. Внимательно выслушивая пациента, медсестра может способствовать решению тех или иных проблем пациента.
2. Пациентов следует поощрять к беседам и оказывать им соответствующую поддержку. Медсестра может давать пациентам определённую надежду на каждый новый день и помогать им использовать силы для достижения целей.
3. Установление хорошего контакта между медсестрой и пациентом происходит при предоставлении достаточного времени для общения. По отношению к каждому пациенту должен быть индивидуальный подход. **Не допустимы грубость и панибратство.**
4. Из всех медицинских сотрудников именно медсестра во время болезни пациента проводит с ним большее количество времени, поэтому она находится в самом выгодном положении с точки зрения оценки потребностей пациента, необходимо стремиться к наиболее раннему их выявлению.
5. Организация профессионального ухода за пациентом имеет решающее значение для физического и психологического комфорта пациента и его благополучия.
6. Не допустимы на рабочем месте:
  - громкая раздражённая речь
  - обращение к пациенту любого возраста на «ты»
  - яркая вызывающая косметика
  - грязная одежда (халат, шапочка)
  - грязные руки
  - несоблюдение правил личной гигиены
  - обсуждение с медперсоналом (другими медсестрами, санитарками) проблем кого-либо из пациентов.
7. Обувь медсестры должна быть удобной, лёгкой, из материала, поддающегося дезинфекции, без высоких каблуков.

### **Теоретическая часть**

Стационар больницы состоит из лечебных отделений. Лечебные отделения могут быть:

а) общего профиля

- терапевтические (пациенты с патологией сердца, лёгких, желудочно-кишечного тракта и т.д.)
- хирургические (травмы конечностей, операции на органах брюшной полости, сотрясение головного мозга)

Такое разделение чаще всего имеет место в районных, участковых больницах.

б) специализированные – отделения, предназначенные для лечения пациентов с патологией одной системы (кардиологическое, пульмонологическое, травматологическое, нейрохирургическое и т.д.).

### Лечебно-охранительный режим

Лечебно-охранительный режим – это комплекс профилактических и лечебных мероприятий, направленных на обеспечение максимального физического и психического комфорта пациентов и медперсонала.

Он включает следующие элементы:

- 1) обеспечение режима эмоциональной безопасности для пациента;
- 2) строгое соблюдение правил внутрибольничного распорядка и выполнения манипуляций;
- 3) обеспечение режима рациональной двигательной активности:
  - обеспечение режима двигательной активности пациента по назначению врача;
  - соблюдение правил биомеханики для безопасного передвижения пациента и медперсонала.

### **Инструктивно-методические указания**

## об организации лечебно-охранительного режима в лечебно-профилактических учреждениях страны

(приложение к приказу Минздрава СССР № 1204 от 16 ноября 1987г.)

1. Лечебно-охранительный режим в лечебно-профилактических учреждениях предусматривает создание благоприятных условий для эффективного лечения, нравственного и психического покоя, уверенности больных в быстрейшем и полном выздоровлении.
2. Должностной обязанностью всего медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений является правильная организация и неукоснительное соблюдение лечебно-охранительного режима, ибо уровень и качество лечебно-охранительного процесса в значительной мере определяется не только профессиональными знаниями и навыками медицинского персонала и степени технической оснащённости учреждений, но и культурой медицинского персонала, этическим воспитанием, доброжелательным его взаимоотношением с больными особенно с детьми и их родителями, а также с коллегами по работе.
3. Медицинский персонал обязан внимательно и чутко относиться к больным, не допускать неуместные разговоры в присутствии больных, шума в больничных коридорах и т.д. Четко соблюдать распорядок дня в отделениях и в поликлиниках.
4. Медицинский персонал обязан всегда находить пути к дружескому контакту с матерью ребёнка, не допускать небрежность и бестактность в обращении с ней.
5. Руководители лечебно-профилактических учреждений должны постоянно осуществлять работу с коллективом по воспитанию высоких моральных качеств, соблюдению медицинской этики и деонтологии, проводить работу над каждым словом и действием врача, медицинской сестры, санитарки и всего обслуживающего персонала. Своевременно разъяснять допущенные ошибки и их последствия.
6. Необходимо учитывать, что лечебный процесс в больницах начинается уже в приёмном отделении и организация его работы, определённым образом, сказывается на дальнейшем ходе лечения. Поэтому обстановка, с которой впервые сталкивается больной – чистота и уют в помещении, отношение, поведение и внешний вид персонала и т.п., должны поддерживать в больном уверенность в том, что именно в больнице он быстро восстановит своё здоровье.

Для работы в приёмном отделении необходимо выделить соответствующим образом воспитанный и подготовленный персонал. Особое внимание должно быть уделено оборудованию и оснащению этого отделения, устранению всех отрицательных раздражающих факторов.

В детских больницах интерьер приёмных отделений должен быть наиболее подходящим для больного ребёнка: окраска стен в мягкие пастельные тона, эстампы, цветы, полки и шкафы для рисунков и книг, цветные картинки располагают ребёнка к новой обстановке.

Чёткость работы – обязательное требование для приёмного отделения. В нём всё должно делаться быстро, но в то же время без лишней спешки и суеты, не в ущерб интересам больного. В присутствии больного персонал приёмного отделения ни в коем случае не должен вступать в пререкания с лицами, доставившими его и, несмотря на все трудности (отсутствие свободных мест, одновременное поступление нескольких больных) каждый больной должен быть встречен внимательно и приветливо. Все недоразумения, связанные с направлением больного, выясняются не в его присутствии. При приёме детей персонал не должен проявлять торопливость и резкость в обращении. С детьми следует разговаривать спокойно, ласково.

Здесь же в приёмном отделении необходимо узнать ласкательное имя ребёнка, его основные привычки. По пути в отделение ребёнку следует рассказать о том, что его ждут другие дети, что он будет играть, рисовать, читать книги, строить.

Смена дежурств персонала приёмных отделений должна производиться в часы наименьшего поступления больных и ни в коем случае не нарушать установленного порядка приёма.

Особое значение в первые часы поступления больного приобретает внимательное отношение, вдумчивый подход к оценке соматического и психического состояния.

Сдержанность и внешнее спокойствие медицинского персонала оказывают положительное воздействие на чрезмерные эмоции родителей больного ребёнка. Неосторожно сказанная фраза

может нанести больному непоправимый вред и значительно снизить эффективность всех проводимых в дальнейшем лечебных мероприятий.

При поступлении тяжёлых детей медицинский персонал не должен проявлять растерянность, обсуждать тяжесть его состояния, задерживать оказание медицинской помощи.

Нельзя поручать приём больного младшему медицинскому персоналу. Каждого поступающего больного должна встретить медицинская сестра, она же готовит его к врачебному осмотру. Младший персонал выполняет только отдельные поручения – переносит, укладывает больного и т.д. Опрос больного и сбор сведений для заполнения медицинской карты стационарного больного производится исключительно врачом, им же определяются способы санобработки и транспортировки больного в отделение, которые осуществляются под наблюдением и при непосредственном участии среднего медицинского персонала.

7. Создание максимального покоя для больных является одной из первоочередных задач. Недопустимо обращаться ко всем пациентам на «ты» и вместо имени, отчества или фамилии говорить «больной» и «больная». Такое обезличенное, невежливое обращение и, наоборот, излишняя фамильярность не могут способствовать установлению контакта между персоналом и больным, не создают обстановки взаимного доверия и уважения. В обращении друг с другом персонал также должен быть взаимно вежлив и тактичен.

8. Большое значение имеет правильное размещение больных по палатам, с учётом не только характера заболевания, но и возраста и других особенностей больного.

9. В целях исключения из жизни больницы всех моментов, нарушающих тишину и покой, весь медицинский и обслуживающий персонал в палатах и коридорах должен говорить тихо, вполголоса и только о том, что имеет непосредственное отношение к работе. В каждом палатном отделении необходимо специальное ночное освещение, которое бы обеспечило выполнение медицинского назначения больному без нарушения покоя остальных больных в палате. Весь распорядок работы отделения должен быть построен с учётом интересов больного, с учётом максимального продления часов сна и отдыха. Грубейшей ошибкой являются факты выполнения врачебных назначений, манипуляций во время дневного отдыха ребёнка.

Основную уборку помещения рекомендуется проводить в часы бодрствования больных, причём необходимо обучить персонал производить эту работу без шума.

10. Несомненно, что добиться тишины в отделении можно только в том случае, если сами больные поймут её необходимость и будут сознательно относиться к установленному распорядку дня. Для этого с каждым больным, поступившим в стационар, лечащий врач должен провести беседу о необходимости оберегать не только свой покой, но и покой других больных.

11. Организации обходов необходимо уделять особое внимание. Заведующие отделениями, консультанты, заведующие кафедрами и их сотрудники в палате производят только тщательный осмотр больного, при этом докладывающий врач излагает историю болезни в такой форме, которая не может внушить больному опасения за неблагоприятный исход своего заболевания.

Разбор и обмен мнениями производятся вне палаты, не в присутствии больного. В отдельных случаях может быть рекомендован осмотр больного в кабинете врачей с соблюдением тех же правил, как и при обходах в палатах.

12. Отсутствие подготовки больного к операции (беседа врача с больным о необходимости операции, её сущности) и нередко имеющие место отмены операции без медицинских показаний к этому заставляют больных находиться в чрезвычайно напряжённом состоянии, ухудшают их самочувствие.

Особое внимание должно обращать на обстановку в операционных и перевязочных. Одновременные перевязки и операции на двух столах могут быть допущены только в исключительных случаях. Использованные материалы необходимо немедленно убирать. Оперировавший хирург и его помощники обязаны помнить, что больной прислушивается и остро реагирует на каждое их слово и поэтому во время операции весь персонал должен особо следить за своей речью.

13. Борьба с болью – одна из основных проблем, и правильное её разрешение имеет особое значение для всех отделений и, особенно для хирургического профиля. Боль при операциях, перевязках, инструментальных исследованиях и других манипуляциях травмирует больного. Кроме того,

процедуры, вызывающие боль, не дают той терапевтической эффективности, которую можно было бы от них ждать. Поэтому все манипуляции (перевязки, инъекции и другие) должны производиться чрезвычайно осторожно, с применением во всех возможных случаях современных способов обезболивания и с предварительной подготовкой больного.

14. Лечебное питание является одним из методов комплексной терапии, и для эффективного её применения требуется ряд организационных мероприятий. Назначение диеты производится дифференцированно, с разъяснением больному её сущности и значения точного её соблюдения. Больному и его родственникам обязательно должны быть даны соответствующие указания в отношении пищевых продуктов, которые могут быть переданы из дому.

Рекомендуется в больничных учреждениях организовывать буфеты, в которых по рекомендациям врачей, больные и матери больных детей могли бы покупать соответствующие продукты питания. Особенно это имеет значение для иногородних больных.

Пища должна быть разнообразной, аппетитно оформленной, вкусной, даже на строгих диетах. Во всех лечебных учреждениях необходимо устанавливать 4-х разовое питание, а для ряда больных, по медицинским показаниям, более частый приём пищи. Особое внимание должно быть уделено питанию тяжело больных и детей.

15. Одним из основных условий, обеспечивающих успех лечения, является преемственность «поликлиника – больница – поликлиника», при этом должна быть предусмотрена система передачи амбулаторных карт в стационар одновременно с госпитализацией и возвращению их в поликлинику после выписки больного с обязательным внесением в неё эпикриза.

16. Больной должен знать о своей болезни только то, что является ему понятным, не может внушить тревоги и нарушить его психическое равновесие. Все сведения о своей болезни больной должен получать исключительно от врача.

Среднему и младшему персоналу не разрешается давать каких-либо справок, как самим больным, так и их родственникам о характере заболевания, состоянии и прогнозе.

Нельзя выдавать больному на руки результаты исследований и анализов. Все они передаются непосредственно лечащему врачу и присоединяются к истории болезни. Истории болезни должны быть недоступны для ознакомления с ними больных.

17. В каждом медицинском учреждении совершенно необходимо проводить соответствующую работу с родственниками больных. В первую очередь следует установить такой порядок, при котором они систематически могли бы получать информацию о состоянии здоровья больного непосредственно от лечащего врача. Информация врача должна быть конкретной и правдивой, без ненужной детализации и использования малопонятных медицинских терминов, излишних заверений и обещаний.

Необходимо учитывать, что регулярные свидания с родными зачастую могут оказать на больного самое благотворное влияние. Поэтому следует максимально увеличить количество приёмных дней, организовав их так, чтобы они не нарушали общего режима учреждения.

18. Необходимо обратить серьёзное внимание на повышение культуры амбулаторно-поликлинической помощи и помощи больным на дому.

В поликлинику к участковому врачу обращаются люди со своими тревогами и волнениями, поэтому работа участкового врача требует большой любви к людям, всестороннего развития, клинического кругозора; от него зависит действенность всех лечебно-профилактических мероприятий.

В поликлинике необходимо создать обстановку чёткой организации работы всех служб и кабинетов, приветливости и доброжелательности сотрудников.

Продуманной, красиво оформленной, современной и полной должна быть информация в вестибюлях и холлах поликлиники, и какой бы теме не были посвящены медицинские стенды, они должны вести пропаганду здорового образа жизни. Центром по пропаганде гигиенических и санитарных знаний в детской поликлинике должен стать кабинет по воспитанию здорового ребёнка.

Не следует забывать и о внешнем облике всех сотрудников поликлиники: аккуратность, чистота, неприемлемость экстравагантных нарядов и причёсок.

19. Особые требования предъявляются к оформлению тех кабинетов в детских поликлиниках, где ребёнок испытывает боль (процедурный, прививочный, стоматологический, хирургический и другие),

а также поведению их сотрудников. Чуткость, ласковый голос, умение общения с больным ребёнком, сострадание к его боли – неизменные качества сестёр, назначенных на работу в эти кабинеты.

20. В поведении врача на поликлиническом приёме должна быть продумана каждая мелочь. Выписывая рецепт, врач должен предварительно обдумать пропись, учитывая, что всякие исправления и переписка рецептов в присутствии пациента может быть им истолкована как неуверенность врача, и, следовательно, внушить сомнение в правильности диагностики и лечения. Врач должен быть постоянно в курсе всей дефектуры медикаментов в аптеках, так как замена выписанного лекарства другим не только задерживает начало лечения, но и заставляет пациента предполагать, что лечение проводится неполноценное.

21. К каждому больному, проходящему лечение на дому или в поликлинике, требуется такой же вдумчивый и внимательный подход, как и в стационаре. Никакой перегрузкой не может быть оправдано такое положение, когда врач при посещении больного на дому не снимает верхней одежды, не моет руки или в резкой форме выражает своё неудовольствие по поводу, по его мнению, необоснованного вызова.

При обслуживании больного на дому врач должен подробно разъяснить родным и близким в доступной для них форме правила ухода, значение сделанных медицинских назначений, необходимость соблюдения определённого режима и правил личной гигиены и профилактики.

22. В правилах внутреннего распорядка каждого лечебно-профилактического учреждения должен быть специальный раздел по обеспечению лечебно-охранительного режима в конкретном кабинете, палате, отделении и т.д.

23. Дальнейшее повышение культуры медицинской помощи населению должно тесно сочетаться и органически быть связанным с повышением уровня и качества лечебно-диагностического процесса, с широкой инициативой и творческой мыслью всех медицинских работников.

### **Правила внутреннего трудового распорядка и выполнения манипуляций**

Соблюдение этих правил обеспечит:

- условия для наиболее эффективного способа удовлетворения всех основных потребностей пациента, а значит – качественный уход;
- возможность организовать слаженную работу всего медицинского коллектива и более рационально использовать рабочее время каждого;
- профилактику различных несчастных случаев, риск которых в условиях стационара достаточно высок как для пациента, так и для медицинского работника.

Правила внутреннего распорядка состоят в соблюдении установленного в отделении режима дня. Он примерно одинаков во всех лечебных учреждениях нашей страны. Это определённые часы сна и отдыха, приёмов пищи, необходимых лечебных и гигиенических процедур, врачебных обходов, уборки помещений, приёма передач и посещений родственников.

Соблюдение режима дня строго обязательно и для пациентов, и для всех работников больницы. Медсестра знакомит с ним поступивших в отделение пациентов и их близких, участвует в проведении всех мероприятий и следит за выполнением установленного режима в отделении.

#### **Режим дня**

<b>время</b>	<b>мероприятия</b>	<b>время</b>	<b>мероприятия</b>
<b>7.00</b>	подъём	<b>14.30 – 16.30</b>	послеобеденный сон
<b>7.00 – 7.30</b>	измерение температуры	<b>16.30 – 17.00</b>	измерение температуры
<b>7.30 – 8.00</b>	утренний туалет	<b>17.00 – 17.30</b>	полдник
<b>8.00 – 8.30</b>	раздача лекарств	<b>17.30 – 19.00</b>	посещение родственниками
<b>8.30 – 9.30</b>	завтрак	<b>19.00 – 19.30</b>	раздача лекарств
<b>9.30 – 12.00</b>	врачебный обход	<b>19.30 – 20.00</b>	ужин
<b>12.00 – 14.00</b>	выполнение врачебных назначений	<b>20.00 – 21.30</b>	выполнение врачебных назначений
<b>14.00 – 14.30</b>	обед	<b>21.30 – 22.00</b>	вечерний туалет

### Устройство лечебного отделения

1. Палаты для пациентов
2. Санузел (туалет, душ, ванна) для пациентов
3. Буфетная для раздачи пищи
4. Столовая для приёма пищи
5. Процедурный кабинет
6. Ординаторская (для врачей)
7. Кабинет заведующих отделением
8. Кабинет старшей медсестры отделения
9. Бельевая (для хранения чистого нательного и постельного белья)
10. Помещение для постовой (палатной) медсестры
11. Манипуляционная (клизменная)

В зависимости от профиля терапевтического отделения выделяют помещения для лечебных и диагностических служб (кабинет ФГДС, кабинет ЭКГ).

Палаты лечебного отделения должны быть просторными, светлыми, рассчитанными не более чем на 6 человек. Стены окрашивают масляной краской, полы покрывают линолеумом. Палаты оборудованы самым необходимым: кровати, тумбочки, столы, стулья. Наиболее удобными являются функциональные кровати. В палате устанавливают холодильник для хранения продуктов. Вся больничная мебель должна быть гладкой, с легко моющейся поверхностью.

В палату на 1 – 2 человек помещают тяжелобольных пациентов; онкологических пациентов; пациентов с недержанием кала, мочи; пациентов, выделяющих зловонную мокроту.

На каждые 25 – 30 пациентов существует сестринский пост.

На посту должны быть: шкаф для хранения лекарственных средств, стол, стул (кресло), шкаф для хранения предметов ухода, холодильник для хранения скоропортящихся лекарственных средств, передвижной столик для раздачи лекарственных средств, столик для подготовки к различным манипуляциям, раковина с краном.

Пост медсестры располагают таким образом, чтобы медсестре были видны все её палаты. На посту должна быть связь с тяжелобольными пациентами, должен быть список телефонов всех больничных учреждений.

### Функции лечебного отделения

1. Оказание экстренной медицинской помощи.
2. Диагностика заболевания.
3. Проведение лечения, которое невозможно в домашних или амбулаторных условиях.

### Передача дежурств

Передача дежурств производится утром (8.00 – 8.30) и вечером (19.00 – 19.30).

При передаче дежурства обе медицинские сестры (сдающая и принимающая) обходят палаты, проверяют их санитарное состояние, осматривают тяжелобольных пациентов.

Медсестра, сдающая дежурство, передаёт принимающей медсестре:

- 1) «Журнал назначений», в который выписывает из истории болезни все назначенные манипуляции, инъекции.
- 2) Инвентарь (шприцы, термометры) и лекарственные препараты, находящиеся на сестринском посту.
- 3) Ключи от шкафчиков с лекарственными средствами списка А и Б (обе медсестры расписываются в «Журнале учёта ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств»), «Журнал учёта наркотических и сильнодействующих средств».

4) «Журнал приёма и передачи дежурств», в котором отражены общее количество пациентов в отделении, число тяжелобольных и лихорадящих, срочные назначения. В журнале должны быть разборчивые записи.

#### **Медицинская документация сестринского поста**

1. «Журнал учёта наркотических и сильнодействующих средств»
2. «Журнал лабораторных и инструментальных методов исследований»
3. «Журнал учёта остродефицитных средств»
4. «Журнал сдачи и приёма дежурств»
5. «Журнал учёта лихорадящих больных»
6. «Журнал регистрации поступивших и выбывших больных»
7. «Журнал движения больных»
8. Температурные листы
9. Листы назначений врача
10. «Карта выбывшего из стационара»
11. «Выписка из истории болезни стационарного больного»
12. «Медицинская карта стационарного больного»
13. Рапорт суточного дежурства

#### **Должностные обязанности палатной медсестры**

- Палатная медсестра не имеет права отлучаться из отделения без разрешения врача. Работа медсестры производится по графику, утверждённому заведующим отделением.

- Следит за чистотой палат, ванных комнат, кабинетов, туалетов, прикроватных тумбочек. Проверяет хранение продуктов пациентов в холодильнике, следит за соблюдением больничного режима. При передаче продуктов пациентам следит за качеством, количеством и соответствием продуктов диете, назначенной врачом.

- Своевременно выписывать и подавать старшей медсестре отделения требования на медикаменты.

- Присутствовать при обходе врача, сообщать ему сведения о состоянии пациентов, получать от врача указания по уходу, лечению пациентов.

- Чётко вести листки назначений, своевременно сверять их с назначениями, записанными в истории болезни.

- Отвечать за подготовку пациентов к рентгеноскопии, рентгенографии, лабораторным исследованиям.

- Своевременно оформлять истории болезни (подклеивать), температурный лист, анализы, ЭКГ и т.д.

- Знакомить вновь поступивших пациентов с установленным режимом в отделении.

- Своевременно составлять требования на питание и подавать их старшей медсестре (диетсестры).

- Ежедневно передавать в оргметодотдел сведения о движении пациентов, следить за своевременной выпиской и оформлением документации выписанных пациентов (выписка направлений, справок, рецептов).

- Передавать по дежурству все назначения и предписания врача, сведения о пациентах, подлежащих выписке.

- Медсестра должна быть внимательной, чуткой, отзывчивой, всем своим поведением способствовать быстрому выздоровлению пациента. Она обязана знать основы медицинской деонтологии.

- Руководить работой младшего персонала отделения.

- Постоянно проводить санитарно-просветительскую работу среди пациентов, организовывать школы здоровья.

- Принимать активное участие в работе Общества Красного Креста и организации санпостов.

- Систематически работать над повышением личной квалификации и совершенствованием своего труда.

### **Санитарно-эпидемиологический режим лечебного отделения**

Этот режим включает:

- 1) влажную уборку всех помещений;
- 2) поддержание в них чистоты и порядка;
- 3) санитарно-гигиеническая обработка пациентов;
- 4) перед поступлением больного в палату кровать, тумбочку, подставку для подкладного судна дезинфицируют, постельные принадлежности используются после камерной обработки ( $t^{\circ} 80 - 90^{\circ}$  - 20 мин);
- 5) пациенту выделяют индивидуальные предметы ухода: плевательницу, поильник, кружку, подкладное судно и т.д., которые после употребления тщательно моют);
- 6) при поступлении в больницу больному разрешается иметь при себе собственные предметы личной гигиены;
- 7) больных с педикулёзом, прошедших первичную обработку в приёмном отделении, берут под особое наблюдение и через 7 – 10 дней повторно обрабатывают в отделении;
- 8) смену нательного и постельного белья производят не реже 1 раза в 7 – 10 дней (после ванны или душа), а также бельё меняют по мере загрязнения;
- 9) ванну или душ больные принимают раз в 7 – 10 дней, если нет противопоказаний;
- 10) при смене нательного белья и постельного его собирают в мешки из х/б ткани или в баки с крышками. Запрещается сбрасывать грязное бельё на пол. Сортировку грязного белья производят в специальном помещении. После смены белья в палате проводят влажную уборку;
- 11) больных обеспечивают бесплатными услугами парикмахера: бритьё 2 раза в неделю, стрижка волос по показаниям. Работу парикмахера контролирует старшая м/с отделения, в котором он работает;
- 12) утром и вечером больные должны умываться, перед едой мыть руки. Тяжёлым больным умывание организуют в постели, а также осуществляют уход за полостью рта;
- 13) больным запрещается сидеть на кроватях соседей по палате, в палате должны быть стулья или табуреты;
- 14) проветривание палат не реже 4-х раз в день;
- 15) «тихий час» должен соблюдаться как больным, так и медперсоналом;
- 16) в отделениях должен соблюдаться распорядок дня и лечебно-охранительный режим: не допустимы громкие разговоры больных и персонала в ранние утренние и поздние вечерние часы;
- 17) запрещается больным перемещаться из отделения в отделение;
- 18) больничную одежду и обувь перед передачей от одного больного другому обеззараживают;
- 19) выписку больных производят в отдельном помещении;
- 20) уборку влажным способом проводят не реже 2-х раз в день;
- 21) кварцевание палат не реже 2-х раз в день по 15 – 20 минут каждую палату;
- 22) уборочный инвентарь маркируют, используют строго по назначению, хранят в специально отведённом месте, после использования дезинфицируют;
- 23) медосмотры и обследования персонала проводят 1 раз в год, в роддомах и оперирующих отделениях 2 раза в год, и санацией полости рта 1 раз в квартал и взятие мазков на стафилококк из зева и носа;
- 24) из химических дезинфицирующих средств наиболее широко используют растворы хлорной извести, хлорамина (1 – 5 %), перекиси водорода (3 – 6 %);
- 25) контроль качества дезинфекции осуществляется визуально (санитарное состояние помещений), химическими способами (проверка активности дезрастворов), бактериологическим путём (взятие мазков, посев);



26) контроль за соблюдением инфекционной безопасности осуществляет старшая медсестра отделения. Контроль за правильностью проведения и качеством дезинфекции вменён в обязанности СЭС;

27) при возникновении ВБИ проводится внеочередной медосмотр среди персонала;

28) выявление пациентов с инфекционными заболеваниями проводится постоянно, с этой целью ведётся учёт всех лихорадящих больных, у которых период повышения температуры 37,5° и выше длится 5 дней и более. У лихорадящих больных берётся кровь на бакисследования (тифопаратифозные, риккетсионные и др. инфекции);

примечание:

1. у всех лихорадящих больных  
2. граждан, приехавших из тропиков, неблагополучных по малярии, в течение 2-х лет после возвращения, независимо от первичного диагноза

3. при заболеваниях с продолжающимися периодическими подъёмами температуры, несмотря на лечение, назначенное в соответствии с установленным диагнозом

4. при любом заболевании, сопровождающемся повышением температуры, с неустановленным в течение 5 дней диагнозом

5. при повышении температуры, развившейся в течение ближайших 3-х месяцев после переливания крови

6. при любом заболевании, которое сопровождается температурой, у лиц, имеющих в анамнезе заболевание малярией в течение последних 2-х лет

7. при увеличении печени и селезёнки + наличие лихорадки

8. анемии неясной этиологии + наличие лихорадки

29) при выявлении больных с наличием дисфункции кишечника обеспечивается бакисследование для установления природы заболевания. Таким больным запрещается пользоваться общим туалетом, больного изолируют, выдают индивидуальное судно, проводят текущую дезинфекцию, а после его перевода в инфекционное отделение – заключительную дезинфекцию. Устанавливается наблюдение за контактными на время инкубационного периода и при выписке из больницы о контактах сообщают в СЭС по месту жительства.