



ПАМЯТКА

Уход за постоянным мочевым катетером_009 М

Нормативная база:

1. ГОСТ Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода».
2. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», раздел «Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи» прописаны требования к катетеризации вен и артерий (пп. 3811–3817). –
3. СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий».

Цель: соблюдение личной гигиены пациента, профилактика восходящей инфекции мочевыводящих путей.

Кто должен выполнять:

Медицинская сестра. Кратность проведения процедуры не менее 2-х раз в день.

Оснащение:

1. Одноразовые перчатки
2. Стерильный антисептик (0,02% раствор фурацилина)
3. Стерильные салфетки
4. Стерильный пинцет
5. Стерильный лоток
6. Впитывающая пеленка
7. Емкость для сбрасывания отработанного материала

Подготовка к процедуре:

1. Представиться, идентифицировать подопечного по медицинским документам (спросить ФИО полностью, дату рождения).

2. Объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у подопечного добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
3. Приготовить все необходимое для данной процедуры.
4. Обеспечить конфиденциальность процедуры, поставить ширму.
5. Опустить изголовье кровати.
6. Помочь подопечному занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы подопечного (подопечной) абсорбирующую пеленку.
7. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
8. Надеть перчатки.

Выполнение процедуры

1. Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем.
2. Вымыть марлевой салфеткой, а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см.
3. Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает.
4. Осмотреть кожу промежности, идентифицируя признаки инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое).
5. Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута.
6. Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости.
7. Снять с кровати пеленку (клеенку с пеленкой) и поместить ее в контейнер или мешок для отходов.
8. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.