|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ГАУ «РЦ Дзержинского района города Нижний Тагил»** | | | |
| **Наименование структурного подразделения:** |  | | |
| **Название документа:** | Алгоритм проведения галоингаляционной терапии | | |
| **Утвержден:** |  | | |
| **Дата утверждения:** |  | | |
| **Разработчик:** | *Должность* | *ФИО* | *подпись* |
| Заведующий ОР | Гулякина В.В. |  |
|  |  |  |
| **Согласовано:** |  |  |  |
|  |  |  |
| **Дата согласования:** |  |  |  |
| **Ответственный за исполнение:** | Врач-специлист, фельдшер, медицинская сестра, инструктор по лечебной физкультуре, специалист по социальной работе, инструктор по адаптивной физической культуре. |  |  |
| **Дата введения  в действие:** |  |  |  |

**Нижний Тагил**

**2020**

**Алгоритм**

1. **Название процедуры:** проведение галоингаляционной терапии.
2. **Цель:** лечения заболеваний дыхательной системы после обострения хронических и перенесенных острых заболеваний верхних и нижних дыхательных путей: фарингиты, тонзилиты, аденоидиты, гаймориты, раниты, бронхиты, астма, респираторные аллергозы и др.
3. **Область применения:** Отделение реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями, отделение дневного пребывания.
4. **Ответственность:** Врач-специлист, или фельдшер, или медицинская сестра, или инструктор по лечебной физкультуре, или специалист по социальной работе, или инструктор по адаптивной физической культуре.
5. **Общие сведения:** Приходя на рабочее место в первую очередь проверяются и включаются рубильники, проверяется целостность аппаратуры.
6. **Оснащение:**

**-** стул

**-** спирт

**-** спец. одежда.

**-** поваренная соль

**-** процедурные часы (песочные часы)

**-** аппарат «Галонеб Гиса 01»» (или аналог) (рис. 1)

Рис. 1

1. **Основная часть процедуры:**

Алгоритм выполнения:

* Подготовить кабинет в соответствии с п. 5 данного документа.
* Надеть спец.одежду.
* Сходить за ребенком в группу, если ребенок находится в группе. Если ребенок посещает отделение дневного пребывания, дождаться, когда ребенка приведет законный представитель).
* Ознакомиться с назначениями врача.
* Засыпать в специальную чашу поваренную соль
* Включить аппарат (начнет работать компрессор, нагнетаться мощность)
* Усадить ребенка на стул рядом с аппаратом
* Установить время ингаляции (5, 10, 15 минут)
* Установить на аппарате режим
* Присоеденить к штуцеру гофрированную трубку
* Надеть маску на ребенка
* Нажать кнопку старт.
* После окончания сеанса установить выключатель питания ингалятора в положение «0»
* Отвести ребенка в группу (или к законному представителю).
* Произвести чистку ингалятора от остатков соли.
* Произвести дезинфекцию маски, промыть водой, просушить.

**8. Область и способы проверки выполнения**: проверка проводится путем проверки записей об услуге:

- реабилитационные дневники – 1 раз в месяц;

- журналы специалистов – 1 раз в месяц;

Наблюдение заведующего отделением за качеством выполнения процедур – постоянно;

По результатам проверки проверяющий заполняет журнал Контроля качества в соответствии с проверками

**Нормативные ссылки:**

- Приказ Министерства социальной политики Свердловской области от 11.08.2015 № 482 «Об утверждении стандартов социальных услуг» со всеми изменениями и дополнениями.

**Распределение данного алгоритма**

Экземпляр Должность

Оригинал

Копия

**Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнять:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Фамилия | Подпись | Дата |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |