|  |
| --- |
| **ГАУ «РЦ Дзержинского района города Нижний Тагил»** |
| **Наименование структурного подразделения:** |  |
| **Название документа:** | Алгоритм проведения лекарственного электрофореза |
| **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:** проведения лекарственного электрофореза.
2. **Цель:** введение в организм лекарственных веществ с помощью тока малой силы и низкого напряжения.
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:**

**-** кушетка

**-** аппарат для электрофореза «Поток-1» (или аналог)

**-** спец. одежда.

**-** процедурные часы (песочные часы)

- салфетки

- вазелин (нейтральное масло)

1. **Основная часть процедуры:**

Алгоритм выполнения:

* Подготовить кабинет в соответствии с п. 5 данного документа.
* Надеть спец.одежду.
* Проверить аппарат на исправность.
* Сходить за ребенком в группу, если ребенок находится в группе. Если ребенок посещает отделение дневного пребывания, дождаться, когда ребенка приведет законный представитель).
* Помочь ребенку раздеться (если необходимо).
* Уложить (усадить) ребенка на кушетку в удобное физиологическое положение.
* Обработать (помыть) руки.
* Осмотреть кожные покровы ребенка в месте наложения электродов (В случае если у ребенка на кожных покровах присутствует мелкоточечная сыпь или какие-либо другие повреждения – необходимо отвести ребенка к врачу на осмотр).
* Если кожные покровы чистые – положить прокипяченные гидрофильные прокладки на участок тела.
* Зафиксировать бинтами и мешочками из песка.
* Укрыть ребенка одеялом.
* Рассказать ребенку об ощущениях во время процедуры (покалывание, пощипывание)
* Нажать на аппарате кнопку «Сеть»
* Плавным вращением ручки регулятора тока установить необходимый ток в цепи пациента, ориентируясь на показания миллиамперметра и ощущения ребенка.
* Установить на процедурных часах время процедуры или перевернуть песочные часы.
* По истечении времени процедуры плавным вращнием ручки регулятора установить ток в цепи на 0.
* Выключить аппарат нажатием кнопки «Сеть»
* Убрать с ребенка одеяло.
* Убрать фиксацию электродов.
* Снять электроды с прокладками с места воздействия.
* Протереть участки кожи салфеткой (при раздражениях кожи смазать ее вазелином или нейтральным маслом)
* Прокладки отправить на обработку.
* Помочь ребенку одеться.
* Отвести ребенка в группу (или к законному представителю).

**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

**Особые указания:**

**-** После каждой третьей процедуры необходимо протирать кушетки с экспорецией 15о 2 раза дезинфицирующим средством, кварцевать кабинет.

**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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |