|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ГАУ «РЦ Дзержинского района города Нижний Тагил»** | | | |
| **Наименование структурного подразделения:** |  | | |
| **Название документа:** | Алгоритм проведения ингаляций с помощью небулайзера | | |
| **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 ингаляций с помощью небулайзера.
2. **Цель:** профилактик**а** лечение респираторных заболеваний у получателей социальных услуг
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:**

**-** аппарат – небулайзер для проведения ингаляций

**-** стул

**-** процедурные часы (песочные часы)

**-** спец. одежда

**7. Основная часть процедуры:**

Важно: процедуру следует проводить в спокойном состоянии, не ранее чем через 1,5 часа после приема пищи или физической нагрузки. Одежда не должна стеснять тело и затруднять дыхание.

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).
* Ознакомиться с назначениями врача
* Проинформировать ребенка о ходе процедуры, его ощущениях во время процедуры.
* Усадить ребенка у ингалятора в удобную для проведения процедуры позу.
* Взять назначенный раствор лекарственного вещества
* Залить раствор лекарственного вещества в емкость небулайзера.
* Проинструктировать ребенка о проведении процедуры и дыхании во время процедуры.
* Включить небулайзер
* Убедиться в правильном поведении и дыхании ребенка.
* Установить на процедурных часах время процедуры или перевернуть песочные часы.
* На протяжении всей процедуры вести наблюдение за ребенком.
* По истечении времени выключить ингалятор.
* Снять с небулайзера наконечник (маску)
* Продезинфицировать наконечник (маску)
* Предупредить ребенка и/или его законного представителя о нежелательности громкого разговора и охлаждения в течение 2 часов.
* 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 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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |