|  |
| --- |
| **ГАУ «РЦ Дзержинского района города Нижний Тагил»** |
| **Наименование структурного подразделения:** |  |
| **Название документа:** | Алгоритм проведения облучения носоглотки |
| **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 облучения носоглотки.
2. **Цель:** облучение слизистых оболочек носа и полости рта при воспалительных, инфекционно–аллергических, инфекционных заболеваниях
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 «УГН-1» или аналог (Рис. 1)

**-** стул

**-** спец. одежда.

**-** процедурные часы (песочные часы)

**-** спирт или дезинфицирующее средство

Рис. 1 Аппарат УГН-1

**-** ватный тампон

1. **Основная часть процедуры:**

Алгоритм выполнения:

* Подготовить кабинет в соответствии с п. 5 данного документа.
* Надеть спец.одежду.
* Проверить аппарат на исправность.
* Ознакомиться с назначениями врача
* Сходить за ребенком в группу, если ребенок находится в группе. Если ребенок посещает отделение дневного пребывания, дождаться, когда ребенка приведет законный представитель).
* Проинформировать ребенка о ходе процедуры, его ощущениях во время процедуры.
* Усадить ребенка в удобную для проведения процедуры позу.
* Вставить вилку сетевого шнура в розетку
* Поставить ручку выключателя в положение «включено» (должна загореться сигнальная лампочка)
* Вставить в отверстие рефлектора стерильный съемный тубус (Рис. 2) для носа или рта (в зависимости от назначения врача)



**2**

**1**

Рис. 2 Тубусы 1-для носа, 2-для рта

* Ввести тубус на глубину 2-5 см в область рта или носа ребенка.
* Установить на процедурных часах время процедуры или перевернуть песочные часы.
* По окончании времени процедуры выключить аппарат.
* Помочь ребенку извлечь тубус.
* Отвести ребенка в группу (или к законному представителю)
* Тубус обработать в дезинфицирующем растворе
* Ополоснуть тубус под проточной водой
* Простерелизовать тубус химическим методом 30 минут
* Погрузить тубус в стерильную воду
* Просушить тубус.

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