**רשימת פעילויות ומיומנויות להתנסות הקלינית[[1]](#footnote-1) (נספח 6)**

|  |  |
| --- | --- |
| **מחזור לימוד:** **תאריך התנסות:**  | **שם הסטודנט/ית:****שם המדריך:** |

|  |  |
| --- | --- |
|  רשימת פעילויות ומיומנויות | אישור ביצוע בחתימת המדריך הקליני |
| 1. **קבלת חולה למחלקה**
 |  |
| 1. **שחרור חולה מהמחלקה**
 |  |
| 1. **אומדן מצב הכרה**
 |  |
| 1. **אומדן נשימתי**
 |  |
| 1. **פיזיוטרפיה נשימתית**
 |  |
| 1. **מתן חמצן דרך: משקפיים, מסכה, אחר.**
 |  |
| 1. **סיוע באינטובציה**
 |  |
| 1. **חיבור וניתוק חולה ממנשם לצורך שאיבת הפרשות**
 |  |
| 1. **סיוע באקסטובציה**
 |  |
| 1. **טיפול בחולה עם קנולת טראכאוסטומי**
 |  |
| 1. **טיפול בנקז תוך חזי**
 |  |
| 1. **אומדן דופק**
 |  |
| 1. **חיבור חולה למוניטור קרדיאלי**
 |  |
| 1. **ביצוע תרשים אקג**
 |  |
| 1. **דפיברילציה באמצעות מכשיר חצי אוטומטי**
 |  |
| 1. **אומדן לחץ דם**
 |  |
| 1. **אומדן חום גוף**
 |  |
| 1. **אומדן כאב**
 |  |
| 1. **התחלת עירוי פריפרי והזלפת נוזלים**
 |  |
| 1. **הוספת אשלגן לתמיסת עירוי**
 |  |
| 1. **הכנת המערכת למתן עירוי**
 |  |
| 1. **ויסות קצב הטפטוף על פי החישה**
 |  |
| 1. **שימוש בסופר טיפות**
 |  |
| 1. **אומדן מיקום החדרת העירוי**
 |  |
| 1. **זיהוי תקינות מערכת העירוי הפריפרי**
 |  |
| 1. **שטיפת וריד פריפרי עם** Heparin **&** Saline
 |  |
| 1. **החלפת שקית עירוי**
 |  |
| 1. **החלפת סט עירוי**
 |  |
| 1. **החלפת קיבוע בעירוי פריפרי**
 |  |
| 1. **החלפת קיבוע לצנתר בווריד מרכזי**
 |  |
| 1. **שאיבת דם מצנתר בווריד מרכזי ומערכות חלופיות לווריד**
 |  |
| 1. **שטיפת צנתר מוריד מרכזי ומערכות חלופיות עם** Heparin
 |  |
| 1. **הוצאת צנתר מוריד מרכזי**
 |  |
| 1. **מדידת** CVP
 |  |
| 1. **התאמת סוג התזונה למטופל**
 |  |
| 1. **החדרת זונדה לחולה בהכרה**
 |  |
| 1. **החדרת זונדה לחולה מחוסר הכרה ללא טובוס או טרכיאוסטומי**
 |  |
| 1. **האכלת מטופל דרך זונדה**
 |  |
| 1. **האכלת מטופל דרך גסטרוסטום \** PEG
 |  |
| 1. **החלפת צינורית** PEG **או החזרה של צינורית הגסטרוסטום**
 |  |
| 1. **הוצאת זונדה**
 |  |
| 1. **אומדן הקאות**
 |  |
| 1. **אומדן הפרשת שתן**
 |  |
| 1. **החדרת קטטר**
 |  |
| 1. **הוצאת קטטר**
 |  |
| 1. **אומדן פעילות מעיים**
 |  |
| 1. **טיפול בעצירות**
 |  |
| 1. **הוצאת אבני צואה**
 |  |
| 1. **ביצוע חוקן**
 |  |
| 1. **טיפול בסטומה**
 |  |
| 1. **בדיקת סוכר בגלוקומטר**
 |  |
| 1. **אומדן כף רגל סכרתית**
 |  |
| 1. **שאיבת דם מוריד פריפרי לבדיקה**
 |  |
| 1. **בדיקת שתן לכללית**
 |  |
| 1. **בדיקת שתן לתרבית**
 |  |
| 1. **בדיקת כיח ( כולל מחולה מונשם)**
 |  |
| 1. **משטח גרון**
 |  |
| 1. **משטח מפצע**
 |  |
| 1. **צפייה מתן דם ע"י שתי אחיות מוסמכות**
 |  |
| 1. **טיפול במטופל עם מחלה מדבקת**
 |  |
| 1. **הקזת דם מתורם בריא**
 |  |
| 1. **הקזת דם טיפולית**
 |  |
| 1. **פתיחת שדה סטרילי**
 |  |
| 1. **אומדן פצע**
 |  |
| 1. **טיפול בנקזים כירורגיים**
 |  |
| 1. **הוצאת נקז**
 |  |
| 1. **הוצאת תפרים \ סיכות**
 |  |
| 1. **ביצוע חבישה**
 |  |
| 1. **רחצת חולה מרותק**
 |  |
| 1. **רחצת חולה במקלחת**
 |  |
| 1. **טיפול פה**
 |  |
| 1. **אומדן מצב העור**
 |  |
| 1. **ביצוע שינויי תנוחה למטופל**
 |  |
| 1. **איתור מטופלים הזקוקים לעזרה בניידות**
 |  |
| 1. **איתור מטופלים בסיכון לנפילות**
 |  |
| 1. **הורדת החולה מהמיטה**
 |  |
| 1. **סייעו בהליכה באמצעות אביזרים**
 |  |
| 1. **אגידת אגדים אלסטיים**
 |  |
| 1. **רישום ודיווח ברשומות המתאימות**
 |  |
| 1. **הפיכת הוראה רפואית לסיעודית (הוצאת פקודות)**
 |  |
| מתן תרופות: **א. בדרך פומית – PO** |  |
| 1. **בהזרקה תוך עורית – IC**
 |  |
| 1. **בהזרקה תת –עורית SC**
 |  |
| 1. **בהזרקה לתוך השריר - IM**
 |  |
| 1. **מתן תרופות דרך זונדה - PZ**
 |  |
| 1. **הזרקה דרך עירוי פריפרי או מרכזי – IV**
 |  |
| 1. **הכנת תרופות להזרקה תוך ורידית - IV**
 |  |
| 1. **מתן תרופות OTC (על פי רשימת התרופות שהגדיר המנהל הרפואי)**
 |  |

1. המדריך הקליני יחתום על פעולות שבוצעו. הטופס החתום יימסר בתום ההתנסות למרכזת הכיתה [↑](#footnote-ref-1)