**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)