

# Контрольный список действий и послепроцедурная запись по ПАУ

Имя пациента: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

## ПЕРЕД ПРОЦЕДУРОЙ

- поприветствуйте пациентку, чтобы она почувствовала себя комфортно
- Осмотрите пациентку, чтобы убедиться:
  - В отсутствии симптомов шока
  - Нет обильного вагинального кровотечения
  - Нет травмы брюшной полости
- В случае необходимости организуйте пациентке осмотр более квалифицированным врачом или направьте в высококвалифицированное медучреждение.
- Обеспечьте конфиденциальность информации
- Если пациентка согласна, пригласите партнера или специалиста по оказанию эмоциональной поддержки
- Спрашивайте / Наблюдайте / Обследуйте
- Опишите пациентке процедуру
- Получите разрешение на проведение процедуры, обезболивания и лечения
- Убедитесь, что пациентка получила адекватное количество обезболивающего:
  - Внутримышечно: за 30 минут до процедуры
  - Орально: от 30 до 60 минут до процедуры
- Убедитесь, что необходимое оборудование готово
- Если состояние пациентки стабильное и есть время, то проведите консультацию по семейному планированию и методам контрацепции, особенно если пациентка выразила желание использовать ВМУ (внутриматочное устройство) в качестве контрацепции.

## ВО ВРЕМЯ ПРОЦЕДУРЫ

- Обеспечьте уединение пациентки
- Попросите ассистента наблюдать за состоянием пациентки и оказывать поддержку. Отложите консультации по СП и контрацепции до окончания процедуры
- Внимательно наблюдайте за пациенткой и болевыми симптомами. В случае необходимости используйте дополнительные обезболивающие медикаменты.
- Ободряйте пациентку во время процедуры
- Проведите процедуру по предотвращению инфекций
- Осмотрите пациентку, чтобы убедиться, что процедура завершена успешно

## ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ

- Наблюдайте за пациенткой на протяжении 1—2 часов; проверяйте жизненно важные параметры признаки, а также интенсивность маточного кровотечения каждые 30 минут
- Дайте пациентке обезболивающее, если у нее наблюдаются сокращения мышц
- Обеспечивайте уединенность и покой пациентки
- Если пациентка согласна, то пригласите мужа, членов семьи или родных на консультацию по вопросам:
  - Отдыха
  - Воздержания от секса до прекращения кровотечения
  - Ухода за влагалищем (ничего нельзя вставлять во влагалище)
  - Завершения приема медикаментов, которые выписаны в поликлинике
  - Наблюдение за самочувствием и симптомами, которые требуют медицинского внимания, включая:
    - Сильная боль внизу живота
    - Жар
    - Сильное кровотечение
    - Неприятный запах из влагалища
    - Кровотечение, которое не прекращается более двух недель

## ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ

- Проконсультируйте пациентку по вопросам предотвращения беременности в течение последующих шести месяцев, так как это обеспечит физическое восстановление сил и здоровую беременность в будущем.
- Проведите консультирование по СП и помогите выбрать метод контрацепции до выписки. **Помните, что услуги по ПАУ не считаются завершенными до тех пор, пока не осуществлена консультация по СП и предоставлена возможность выбора метода контрацепции!**
- Выпишите пациентку через 1—2 часа если ее состояние удовлетворительно, стабильно и она может передвигаться без дополнительной помощи
  - Если метод СП не выбран, то запишите на повторный прием через две недели
- Обеспечьте презервативами на время, пока пациентка не выберет метод СП
- При необходимости проконсультируйте пациентку по вопросам:
  - Профилактики малярии
  - Профилактики столбняка
  - Консультирования и тестирование на ВИЧ
  - Консультирования по ЗППП
- Внесите информацию в карточку пациентки и заполните Форму регистрации ПАУ

## ПОСЛЕПРОЦЕДУРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Наблюдайте за пациенткой на протяжении 1—2 часов. Осматривайте каждые 15—30 минут

Образец

Дата	11.07.2007						
Время	18:00.						
<b>Основные параметры</b>							
Артериальное Давление	110/70						
Пульс	76						
Частота дыхания	20						
Температура	32С						
<b>Состояние матки (отметьте одно)</b>							
Плотная	X						
Мягкая							
<b>Вагинальное кровотечение (отметьте одно)</b>							
Небольшое							
Среднее	X						
Сильное							

Комментарии \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Сконсультирование по СП  
осуществлено?

ДА \_\_\_\_\_ НЕТ \_\_\_\_\_

Выбранный метод СП: \_\_\_\_\_

Пациентка направлена в  
другое медучреждение?

ДА \_\_\_\_\_ НЕТ \_\_\_\_\_

Название этого учреждения \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_