**ПОТЕРИ. СМЕРТЬ. ГОРЕ.**

**Глоссарий**

|  |  |
| --- | --- |
| **Термин** | **Определение** |
| ГореПаллиативная помощьТерминальное состояниеТяжелобольной пациентХосписКачество жизни | Эмоциональный отклик на утрату или разлуку, проходящий несколько стадий (фаз).Согласно определению ВОЗ это активный многоплановый уход за пациентами, болезнь которых не поддаётся лечению.Пограничное состояние между жизнью и смертью, этапы умирания организма.Человек, у которого имеются значительные нарушения функций органов и систем, и который нуждается в медицинской помощи и интенсивном сестринском уходе.Специализированное лечебное учреждение для обречённых пациентов, где оказывается комплексная медицинская, психологическая и социальная помощь.Субъективное удовлетворение, испытанное или выраженное индивидуумом.  |

**ВВЕДЕНИЕ**

В настоящее время достаточно большое количество пациентов имеет неизлечимую или терминальную стадию заболевания, поэтому становится актуальным вопрос об оказании таким пациентам соответствующей помощи, т.е. о паллиативном лечении. Радикальная медицина нацелена на излечение болезни и использует все средства, имеющиеся в её распоряжении, пока существует хоть малейшая надежда на выздоровление. Паллиативная (от лат. pallio – прикрываю, защищаю) медицина приходит на смену радикальной с того момента, когда все средства использованы, эффект отсутствует и пациент умирает.

 Согласно определению ВОЗ *паллиативная помощь* – это активный многоплановый уход за пациентами, болезнь которых не поддаётся лечению. Первостепенной задачей паллиативной помощи является облегчение боли и других симптомов, решение психологических, социальных и духовных проблем. Цель паллиативной помощи – достичь как можно лучшего качества жизни больных и их семей.

**Эмоциональные стадии горя**

Человек, узнавший, что он безнадёжно болен, что медицина бессильна, и он умрёт, переживает различные психологические реакции, так называемые эмоциональные стадии горя.

 Очень важно распознать, в какой стадии находится больной на данный момент, чтобы оказать ему соответствующую помощь.

1. ***Стадия отрицания смерти и изоляции.***

Эта стадия наступает после того, как человек впервые осознаёт, что он обречён. Больные могут ходить от одного врача к другому в надежде, что им поставят более благоприятный диагноз, при этом стремятся изолировать себя от родственников и друзей.

1. ***Стадия гнева.***

Пациент способен «сорвать зло» на ком угодно. В своей беде он обвиняет всех подряд: близких людей, врачей, самого себя.

1. ***Стадия «торга»* *(просьба об отсрочке).***

Умирающий может начать торговаться с самим собой, Богом или судьбой за продление жизни. В основе таких торгов часто лежит чувство вины: «Господи, если ты сохранишь мне жизнь, курить я больше никогда не буду!»

1. ***Стадия депрессии.***

Умирающий грустит, потому что, умирая, он лишается всего, чем дорожил. Он оплакивает свою будущую смерть. Это важное эмоциональное приспособление в подготовке к окончательной разлуке.

1. ***Стадия смирения (принятие).***

Это состояние близкое к отсутствию вообще каких-либо переживаний. Умирающие, однако, часто не теряют надежду до самого конца и «сдаются» лишь тогда, когда смерть уже неминуема. Некоторые умирающие так никогда и не достигают стадии смирения.

**Сестринское вмешательство на различных стадиях горя пациента:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Стадия** | **Сестринское вмешательство** |
| **Отрицание** | Выяснение своих чувств по отношению к смерти, так как личное неприятие и страх могут быть перенесены на умирающего.Просят пациента описать на бумаге свои чувства, опасения, страхи. Это способствует психологической переработке этих эмоций. Важно сидеть у кровати больного (уменьшается его чувство заброшенности); внимательно слушать и сопереживать больному (уменьшает чувство изоляции, способствует построению взаимоотношений); держать руку, касаться плеча (физическое прикосновение некоторым больным приносит чувство комфорта и демонстрирует заботу о них).Информирование больного. Поощрение вопросов (правильная информация может уменьшить беспокойство и прояснить ситуацию). Однако если у пациента отмечается выраженная реакция отрицания и он не желает знать о смерти, говорить об этом нельзя. |
| **Гнев** | Признание права пациента испытывать гнев, что вызывает ощущение поддержки и взаимопонимания (дать больному «выплеснуться»).Работа с пациентом должна быть построена так, чтобы он перевёл гнев в позитивное русло (постановка целей, принятие решений, борьба с болезнью). Это поможет больному повысить чувство собственного достоинства, держать эмоции под контролем и ощущать поддержку со стороны медицинского персонала. |
| **Просьба об отсрочке** | Обеспечение поддержки (возможность обратиться к кому-либо и быть понятым помогают пациенту справиться со своими чувствами). Не следует призывать пациента стойко переносить несчастье, держаться и быть сильным. |
| **Депрессия** | Пациента вовлекают в привычный для него жизненный уклад (сокращает время, проводимое в размышлениях). Уделяют пациенту достаточное количество времени и общаются с ним (уменьшает чувство изоляции и способствует взаимопониманию).Стараются держать под контролем чувство боли (комфортное состояние увеличивает желание пациента взаимодействовать с другими и уменьшает тенденцию к уединению).Пациента настраивают на обсуждение вопросов вины и потери, что поможет уменьшить чувство вины и возможные мысли о наказании за прошлые действия. Предоставляют пациенту необходимое личное пространство (при туалете, купании). Это поддерживает чувство собственного достоинства. |
| **Принятие** | Поддерживают контакт, даже если пациент не хочет общаться (уменьшение чувства изоляции).Продолжают контроль над болевыми ощущениями (поддерживает состояние покоя и умиротворения на финальной стадии).Оказывают духовную поддержку. Это помогает пациенту переосмыслить прожитую жизнь, если необходимо – покаяться. |

**ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ И ОБРЕЧЕННЫМ ПАЦИЕНТОМ**

 Основаны на доверии, поэтому его нельзя обманывать. При этом не следует предоставлять изменённую информацию. Нужно избегать и бездумной откровенности. В основном пациенты хотят знать как можно больше о своём состоянии. Однако следует остановиться, если пациент даёт понять, что он получил достаточно сведений.

Очень важно уметь слушать больного. Выделяют время для неспешной непрерывной беседы. Дают пациенту понять, что для него есть время. Взгляд медицинской сестры должен быть на одном уровне со взглядом пациента. Очень важно говорить в уединённой обстановке. Важно поощрять больного к продолжению беседы, показав заинтересованность кивком головы или фразой: «Да, я понимаю».

 Когда люди страдают, они стремятся к неформальному общению. Помните, что при беседе с пациентом очень важно наличие оптимального физического пространства между ним и медицинской сестрой. Пациент будет чувствовать себя неудобно, если медицинская сестра находится от него слишком близко. Если же она будет находиться далеко, это будет дополнительным барьером для общения. Многое зависит от ответной реакции пациента и его семьи на общение. Она показывает, как медицинская сестра влияет на больного, и как он реагирует на неё. Разлад в общении может возникнуть из-за того, что сказанное медицинской сестрой непонятно пациенту, поэтому следует избегать медицинской лексики.

 Медицинской сестре следует быть готовой к религиозным и философским беседам, диалогам с пациентом о справедливости, смысле жизни, добре и зле.

**ОБЩЕНИЕ С РОДСТВЕННИКАМИ УМИРАЮЩЕГО**

Смерть часто является тяжёлым потрясением для родных больного, поэтому к ним в таких случаях следует отнестись с особой заботой и вниманием, оказать им психологическую поддержку. Как вести себя у постели умирающего, как и о чём с ним можно разговаривать, как наносит визиты пациенту – этому должна научить родственников обречённого медицинская сестра.

 Если умирающий находится в стационаре из-за тяжести своего состояния, то к уходу за ним можно привлекать родственников, обучив их элементам ухода. Они могут, например, покормить пациента, поправить постель, провести некоторые гигиенические мероприятия.

 Чтобы пациент не чувствовал себя одиноким и покинутым, родственники могут посидеть рядом, держать его за руку, касаться его плеча, волос, или почитать ему книгу.

Неизлечимая болезнь, смерть близкого человека является для его родных большой психологической травмой. Они могут уставать, у них могут развиваться раздражение, депрессия, злость по отношению к умирающему. Оказание психологической помощи семье умирающего человека является важной частью в работе медицинской сестры, которая может поддержать семью и после его смерти.

 Семья, переживающая смерть родного человека, тоже проходит стадии горя. Последствия потери могут отразиться на психическом равновесии родственников и подорвать их здоровье. От горя невозможно спрятаться, его надо принять и глубоко переживать; потеря должна быть воспринята не только умом, но и сердцем. Поддерживая скорбящего, можно способствовать здоровому процессу переживания печали.

 У многих родственников остаётся полное чувство вины. Они думают: «Если бы я только это выполнил(а), он бы не умер». Нужно помочь им высказать и обсудить их чувства. Известно, что некоторые люди особенно уязвимы в период переживаний по поводу потери близких, поэтому есть риск, что они будут скорбеть слишком эмоционально. Это может проявляться необычайно сильными реакциями и продолжаться более 2 лет.

**Риску сильнейшей скорби подвержены следующие группы**:

1. пожилые люди, переживающие потерю близкого человека, - чувствуют себя более изолированными и нуждаются в сочувствии;
2. дети, утратившие близких им людей, - очень уязвимы и более осознанно воспринимают смерть, чем думают об этом взрослые.

Процесс переживания печали ребёнком может иметь следующие проблемы: нарушение сна, расстройство аппетита, возрастание общего беспокойства (нежелание выходить из дома или идти в школу), капризность, смена настроения от эйфории до плача, депрессии, уединение.

**ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ**

Согласно определению ВОЗ: «Паллиативная помощь – это деятельность, направленная на улучшение качества жизни больных со смертельным заболеванием и их близких путём предупреждения и облегчения страданий с помощью раннего выявления, тщательной оценки и устранения боли и других физических, психологических, социальных и духовных страданий».

 Сопровождение больного и его семьи начинается с момента постановки диагноза и часто не заканчивается с окончанием его земной жизни, а переключается на его ближайшего родственника, перенёсшего тяжёлую утрату и нередко нуждающегося не только в психологической и духовной поддержке, но и в медицинской помощи.

**Выделяют следующие принципы паллиативной помощи:**

* поддерживать жизнь и относиться к смерти как к естественному процессу;
* не приближать и не затягивать смерть;
* в период приближения смерти уменьшать боли и другие симптомы у больных, снижая тем самым дистресс;
* объединять психологические, социальные, духовные вопросы ухода за больным таким образом, чтобы они могли прийти к конструктивному восприятию своей смерти;
* предложить пациентам систему поддержки, позволяющую сохранить как можно более активный и творческий образ до самого конца;
* предложить систему поддержки для семей, чтобы они были в состоянии справиться с проблемами, вызванными болезнью близкого человека и возникающими в период переживания горя.

 В паллиативной помощи нуждаются больные со злокачественными опухолями, необратимой сердечно-сосудистой недостаточностью, необратимой почечной недостаточностью, необратимой печёночной недостаточностью, тяжёлыми необратимыми поражениями головного мозга, больные СПИДом.

 Этика паллиативной помощи аналогична общемедицинской этике: она заключается в сохранении жизни и облегчении страдания. В конце жизни облегчение страданий имеет гораздо большую значимость, поскольку сохранить саму жизнь становится невозможно.

**Выделяют шесть этических принципов паллиативной помощи,** которые можно сформулировать следующим образом:

1. соблюдать автономию пациента (уважать пациента как личность);
2. делать добро;
3. не вредить;
4. поступать справедливо (беспристрастно);
5. больной и семья – единое целое; забота о семье – это продолжение заботы о пациенте;
6. стремиться сохранить жизнь (при биологической невозможности обеспечить комфортную смерть).

**При паллиативном подходе пациенту оказывают четыре вида помощи:**

* медицинскую,
* психологическую,
* социальную,
* духовную.

 Универсальность такого подхода позволяет охватить все сферы, касающиеся нужд пациента, и сфокусировать всё внимание на сохранении качества жизни на определённом уровне.

 **Качество жизни** – это субъективное удовлетворение, испытанное или выраженное индивидуумом. Жизнь по-настоящему качественна, когда разрыв между ожиданиями и реальностью минимален.



**ХОСПИС**

Паллиативная помощь – это новый раздел практической медицины, решающий проблемы больных главным образом через хосписы (от лат. hospes – гость; hospitium – дружеские отношения между хозяином и гостем, место, где эти отношения развиваются). Слово «хоспис» не означает здание или заведение. Концепция создания хосписов направлена на улучшение качества жизни тяжелобольных пациентов и их семей. Работники хосписов ставят своей целью заботу о людях, находящихся на последней стадии неизлечимой болезни, и осуществляют уход за ними таким образом, чтобы сделать жизнь больных настолько полноценной, насколько это возможно.

Первое заведение для ухода за умирающими, названное хосписом, возникло в 1842 году во Франции. Мадам Ж. Гарньер основала в Лионе хоспис для людей, умирающих от рака.

 В России первый хоспис был создан в 1990 г. В Санкт-Петербурге благодаря инициативе В. Зорзы, бывшего журналиста, единственная дочь которого умерла от рака в одном из английских хосписов в середине 1970-х гг.

 Приказ № 19 МЗ РФ от 1.12.1991 **г «Об организации домов сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц»** является базовым документом для принятия решения об открытии отделения паллиативной помощи или хосписа.

Структура хосписов в основном включает: выездную службу; дневной стационар; стационарное отделение; административное подразделение; учебно-методическое, социально-психологическое, волонтёрское и хозяйственное подразделения.

Основой хосписа является выездная служба, а основной рабочей единицей – медицинская сестра, обученная оказанию паллиативной помощи.

 **Основные принципы деятельности хосписа** можно сформулировать следующим образом:

1. услуги хосписа – бесплатны; за смерть нельзя платить, как и за рождение;
2. хоспис – дом жизни, а не смерти;
3. контроль за симптомами позволяет качественно улучшить жизнь пациента;
4. смерть, как и рождение – естественный процесс. Его нельзя тормозить и торопить. Хоспис является альтернативой эвтаназии;
5. хоспис – система комплексной медицинской, психологической и социальной помощи больным;
6. хоспис – школа для родственников и близких пациента и их поддержка;
7. хоспис – это гуманистическое мировоззрение.

Уход за пациентами. При планировании и осуществлении ухода в хосписе основной акцент делается на решение настоящих и потенциальных проблем пациента. Наиболее часто встречающимися проблемами являются кахексия, спутанность сознания, боль, одышка, кашель, тошнота, рвота, анорексия, запор, понос, кожный зуд, отёки, асцит, сонливость, бессонница, пролежни, раны, снижение чувства собственного достоинства и значимости, чувство вины перед близкими (детьми), депрессия, изоляция и самоизоляция, страх смерти, наркотической зависимости.

**СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БОЛИ**

Боль и желание её уменьшить - основные причины обращения людей за медицинской помощью. Многие понимают, что полностью снять боль навсегда невозможно. Однако каждый пациент имеет право на адекватное обезболивание, декларированное ему в «Законе РФ об охране здоровья граждан».

***Боль*** – эмоциональная реакция организма на повреждающее воздействие.

***Боль*** –неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей.

***Боль*** –одна из главных причин обращения за медицинской помощью. Симптом многих заболеваний и действий внешних повреждающих факторов.

***Боль*** –биологический механизм защиты, сигнал об опасности для здоровья и жизни.

***Боль*** –включает субъективный и объективный компоненты, но не имеет объективных методов измерения.

***Медсестра должна уметь:***

1. Оценивать характер, интенсивность, локализацию боли.
2. Выявить факторы, влияющие на появление, усиление или уменьшение боли.
3. Обучить пациента вести оценку боли, используя специальные линейки и шкалы.
4. Выполнять назначения врача по обезболиванию, обучать родственников пациента.

***СЕСТРИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ БОЛИ***

Первичную оценку боли дать достаточно сложно, поскольку боль - это субъективное ощущение, включающее в себя неврологические, физиологические, поведенческие и эмоциональные аспекты. При первичной, текущей и итоговой оценке, проводимой с участием пациента, за отправную точку следует брать субъективные ощущения пациента.

Прежде всего следует определить локализацию боли. Вначале, как правило, человек указывает на достаточно большой участок, затронутый болью. Однако при более детальном расспросе этот участок оказывается меньшего размера и более локализованным.

Далее следует выяснить возможную причину и время появления боли, условия исчезновения боли, а также её продолжительность, факторы, усиливающие или ослабляющие боль.

Интенсивность боли должна быть оценена, исходя из ощущения этой боли самим пациентом, и не обязательно определяется по его реакции на боль.

**Для этого может быть использована шкала оценки боли.**

1. **ВЕРБАЛЬНЫЕ РЕЙТИНГОВЫЕ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ БОЛИ**

Вербальная рейтинговая шкала позволяет оценить интенсивность выраженности боли путем словесной оценки.

Интенсивность боли описывается определенными терминами в диапазоне от 0 (нет боли) до 4 (самая сильная боль). Из предложенных вербальных характеристик пациенты выбирают ту, которая лучше всего отражает испытываемые ими болевые ощущения.

|  |  |
| --- | --- |
| **4-балльная вербальная шкала оценки боли**  | **5-балльная вербальная шкала оценки боли** |
| Нет боли | 0 | Нет боли | 0 |
| Слабая боль | 1 | Слабая боль | 1 |
| Боль средней интенсивности | 2 | Боль средней интенсивности | 2 |
| Сильная боль | 3 | Сильная боль | 3 |
| Очень сильная боль | 4 |

1. **ВЕРБАЛЬНАЯ ОПИСАТЕЛЬНАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ БОЛИ**

При использовании вербальной описательной шкалы у пациента необходимо выяснить, испытывает ли он какую-либо боль прямо сейчас. Если боли нет, то его состояние оценивается в 0 баллов. Если наблюдаются болевые ощущения, необходимо спросить: «Вы могли бы сказать, что боль усилилась, иди боль невообразимая, или это самая сильная боль, которую вы когда-либо испытывали?» Если это так, то фиксируется самая высокая оценка в 10 баллов. Если же нет ни первого, ни второго варианта, то далее необходимо уточнить: «Можете ли вы сказать, что ваша боль слабая, средняя (умеренная, терпимая, несильная), сильная (резкая) или очень (особо, чрезмерно) сильная (острая)».

Таким образом, возможны шесть вариантов оценки боли:

* **0** - нет боли;
* **2** - слабая боль;
* **4** - умеренная боль;
* **6** - сильная боль;
* **8** - очень сильная боль;
* **10** - нестерпимая боль.

Если пациент испытывает боль, которую нельзя охарактеризовать предложенными характеристиками, например между умеренной (4 балла) и сильной болью (6 баллов), то боль оценивается нечетным числом, которое находится между этими значениями (5 баллов).

1. **ЛИЦЕВАЯ ШКАЛА БОЛИ**

Авторы разработали шкалу с целью оптимизации оценки интенсивности боли ребенком, используя изменение выражения лица в зависимости от степени испытываемой боли.

Шкала представлена картинками семи лиц, при этом первое лицо имеет нейтральное выражение. Последующие шесть лиц, изображают нарастающую боль. Ребенок должен выбрать то лицо, которое, по его представлению, лучше всего демонстрирует тот уровень боли, которую он испытывает.



**4.ВИЗУАЛЬНАЯ ШКАЛА ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛИ**.

Инструкция для пациента: Сопоставьте слово (слова), которое соответствует Вашей боли, с цифрой на прямой линии, которая покажет степень тяжести Вашей боли. Проведите стрелку от этого слова к цифре или скажите медицинской сестре.



**Можно использовать сразу несколько методик для определения интенсивности боли, это улучшит качество сестринского обследования.**

### *СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ БОЛИ*

Для достижения поставленных целей и оценки эффективности обезболивания сестра должна точно представить себе весь цикл явлений, связанных с болью.

Несмотря на то что медицинские сёстры не назначают медикаментозного лечения, их роль в проведении лекарственной терапии огромна. По назначению врача медицинская сестра должна контролировать правильность применения препарата (через рот, под язык), а также вводить лекарственное средство подкожно, внутримышечно, внутривенно.
Очень важно, чтобы сестра понимала, как работает то или иное болеутоляющее средство. В этом случае она сможет совместно с пациентом проводить текущую оценку адекватности обезболивания.

 Симптоматическое обезболивание включает лекарственные средства, физиотерапию и психотерапию.

Дозу анальгетика следует подбирать индивидуально, предпочтение отдавать пероральному применению.

***Дополнительные приёмы обезболивания:***

Физические – изменение положения тела, применение тепла или холода, массаж.

Физиологические – общение, отвлечение внимания, музыкальная терапия, техника расслабления, гипноз.

**ПОНЯТИЕ ТЕРМИНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ**

Под **терминальным состоянием** подразумевают этапы умирания организма, когда вследствие воздействия разнообразных патологических процессов резко угнетается скоординированная деятельность жизненных функций органов и систем, поддерживающих гомеостаз организма.

Наиболее чувствительны к гипоксии клетки коры головного мозга - остановка кровообращения приводит к потере сознания в течение 15-30 секунд

**Фазы  терминальных состояний**

преагональное состояние,

агональное состояние,

клиническая смерть

биологическая смерть.

**Предагональное состояние:** сознание спутанное, АД не определяется, пульс на периферических артериях отсутствует, но пальпируется на сонных и бедренных артериях; дыхательные нарушения проявляются выраженной одышкой, внешнее дыхание ослабленное, неэффективное, цианозом или бледностью кожных покровов и слизистых оболочек.

Далее развивается **агония** – этап умирания. Одним из клинических признаков агонии является терминальное (агональное) дыхание с характерными редкими, короткими, глубокими судорожными дыхательными движениями, иногда с участием скелетных мышц. Над магистральными артериями пальпируется пульс. Однако при этом метаболические нарушения в клетках организма становятся необратимыми. Быстро сгорают остатки энергии, аккумулированные в макроэргических связях, и через 20-40 сек наступает клиническая смерть.

**Клиническую смерть**констатируют в момент полной остановки кровообращения, дыхания и выключения функциональной активности ЦНС. **Социальная смерть** при нежизнеспособности коры головного мозга изменения в других тканях еще носят обратимый характер (вегетативные состояния).

**Признаки:**

**Основные:**

* Отсутствие пульса на сонной или бедренной артерии
* Остановка дыхания
* Отсутствие сознания

**Дополнительные:**

1. Изменение цвета кожных покровов ( очень бледный или цианотичный)
2. Расширение зрачков

**Биологическая смерть** – необратимое состояние, характеризующееся отсутствием жизненных показателей, гибелью клеток всех тканей.

**Признаки:**

1. Отсутствие пульса на сонной или бедренной артерии
2. Остановка дыхания
3. Отсутствие сознания
4. Изменение цвета кожных покровов (очень бледный или цианотичный)
5. Расширение зрачков.

**Достоверные:**

1. Симптом «кошачьего глаза»
2. «Трупные пятна»
3. Температура тела умершего равна температуре окружающей среды.
4. «Трупное окоченение»

**Реанимация –** комплекс мероприятий, направленных на восстановление утраченных или резко нарушенных жизненно важных функций организма у больных в состоянии клинической смерти.

**Абсолютное противопоказание к оживлению**:

* достоверные признаки биологической смерти,
* травмы несовместимые с жизнью,

терминальная стадия неизлечимой болезни.

**ПРАВИЛА ОБРАЩЕНИЯ С ТРУПОМ**

Факт биологической смерти пациента констатирует врач. Он делает запись в истории болезни, указывает дату и время ее наступления.

1. Отгородить тело ширмой.

2. Снять с тела одежду и уложить его на спину без подушки с разогнутыми конечностями.

3. Подвязать бинтом нижнюю челюсть и опустить веки умершего.

4. Если есть, снять с умершего ценности в отделении в присутствии лечащего или дежурного врача, о чем составляется акт и делается запись в истории болезни. Ценности хранят в сейфе у старшей медсестры отделения.

5. Если стояли, удалить катетеры, зонды, инфузионные системы и т. д. Обмыть тело пациента.

6. Написать на бедре умершего его фамилию, инициалы, номер истории болезни.

7. Накрыть тело простыней и оставить на 2 часа в отдельной палате. До появления явных признаков биологической смерти.

8. Заполнить сопроводительный лист в патологоанатомическое отделение с указанием фамилии, имени, отчества умершего, номера истории болезни, диагноза, даты наступления смерти.

9.Спустя два часа доставить тело в патологоанатомическое отделение.

10. Постельные принадлежности (матрац, подушку, одеяло) отправить в дезкамеру на обработку. В палате провести генеральную уборку.