

СЕСТРИНСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

терапевтическое отделение

Наименование лечебного учреждения _____

Дата и время поступления _____

Дата и время выписки _____

Отделение _____

Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (нужное подчеркнуть)

Индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов _____

Ф.И.О. пациента _____

Пол: муж. жен. (нужное подчеркнуть)

Возраст (полных лет, для детей: до года – полных месяцев, до месяца – дней) _____

Постоянное место жительства: (город, село, адрес, номер телефона; адрес и телефон родственников) _____

Место работы, профессия, должность _____

для учащихся – место учебы _____

для инвалидов – род и группа инвалидности _____

Кем направлен больной _____

Направлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет, (нужное подчеркнуть) через _____ часов после начала заболевания, получения травмы, госпитализирован в плановом порядке (нужное подчеркнуть)

Врачебный диагноз: _____

1. Субъективное обследование:**Жалобы пациента**

История болезни (анамнез болезни)

Когда заболел, начало болезни _____

Как протекала (последующие симптомы болезни, рецидивы)

Проводимые исследования _____

Лечение, его эффективность

История жизни (анамнез жизни):

Условия, в которых рос и развивался (бытовые условия) _____

Условия труда, проф.вредности _____

Перенесенные заболевания, травмы, операции _____

Туберкулез, венерические заболевания, гепатит (подчеркнуть) _____

Аллергологический анамнез _____

Курит ли больной (с какого возраста, сколько раз в день _____)

Отношение к алкоголю: не употребляет, умеренно, избыточно (подчеркнуть)

Наследственность: бронхиальная астма, диабет, гипертоническая болезнь, ИБС, язвенная болезнь, рак _____

2. Объективное исследование пациента

Физические данные:

Оценка тяжести состояния: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое (нужное подчеркнуть)

Сознание ясное, спутанное, отсутствует (нужное подчеркнуть)

Положение в постели: активное, пассивное, вынужденные (нужное подчеркнуть)

Рост _____ вес _____

Температура тела _____

Состояние кожных покровов и слизистых оболочек - цвет: бледность, цианоз, гиперемия, желтушность, обычной окраски (нужное подчеркнуть)

Наличие дефектов (нужное подчеркнуть): рубцы, сыпи, пролежни, сосудистый рисунок, отеки, пролежни _____

Костно-мышечная система:

Деформация скелета (подчеркнуть): да, нет _____

Деформация суставов (подчеркнуть, отметить каких): да, нет _____

Дыхательная система:

Число дыхательных движений _____

Характер одышки (подчеркнуть): экспираторная, инспираторная, смешанная

Кашель (подчеркнуть): да, нет _____

Мокрота (подчеркнуть): да, нет _____

Характер мокроты (подчеркнуть): гнойная, геморрагическая, слизистая, пенная

Запах (специфический): да, нет _____

Сердечно-сосудистая система:

Пульс (ритм, частота, напряжение, наполнение) _____

АД на двух руках: левая _____ правая _____

Отеки: да, нет (подчеркнуть, описать локализацию) _____

Пищеварительная система:

Язык: чистый, обложен, влажный, сухой (нужное подчеркнуть)

Зубы: здоровые, кариозные, съёмные зубные протезы (нужное подчеркнуть)

Живот:

участие в акте дыхания да, нет (нужное подчеркнуть)

форма, увеличение в объеме: метеоризм, асцит, ожирение (нужное подчеркнуть)

Мочевыделительная система:

Мочеиспускание свободное, затруднённое, редкое, частое, безболезненное
болезненное (нужное подчеркнуть)

Нервная система:

Сон: нормальный, бессонница, плохо засыпает (подчеркнуть).

Основные потребности человека (нарушенные подчеркнуть):

дышать, есть, пить, выделять, спать, быть чистым, одеваться и раздеваться, поддерживать температуру, быть здоровым, избегать опасности, двигаться, общаться, иметь жизненные ценности, играть, учиться и работать.

Проблемы пациента

Настоящие: _____

Потенциальные: _____

Карта сестринской деятельности

Приоритетная проблема	Цель	План решения проблем (уход и наблюдение)
	Краткосрочная	

Лист для ежедневных записей (контроль симптомов)
заполняется при каждом осмотре пациента (1 раз в день)

Дата	Проблема	Рекомендации

Подпись м/с _____

СЕСТРИНСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

хирургическое отделение

Наименование лечебного учреждения _____
 Дата и время поступления _____
 Дата и время выписки _____
 Отделение _____ палата _____
 Переведен в отделение _____
 Проведено койко-дней _____
 Вид транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)
 Группа крови _____ Резус-принадлежность _____
 Побочное действие лекарств _____

_____ название препарата и характер побочного действия

ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО _____

Пол _____
 Возраст _____
 Постоянное место жительства _____

Место работы, профессия или должность _____

Кем направлен больной _____
 Направлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет, через _____ часов
 после начала заболевания, получения травмы ; госпитализирован в плановом порядке
 (подчеркнуть).
 ВРАЧЕБНЫЙ ДИАГНОЗ _____

ОБЪЕКТИВНО:**ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ:**

Сознание: ясное, расстроенное, отсутствует.
 Положение в постели: активное, пассивное, вынужденное.
 Рост _____

Вес _____ Должный вес _____

Температура _____

СОСТОЯНИЕ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ:

Влажность _____

Цвет (гиперемия, бледность, цианоз, желтушность)

Дефекты: расчёсы, опрелости, пролежни (указать локализацию) _____

Отеки да (локализация) _____ НЕТ _____

Сыпь ДА (локализация, характер) _____ НЕТ _____

КОСТНО-МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА:

Деформация скелета ДА _____ НЕТ _____

Функция суставов : сохранена, нарушена (указать локализацию)

ЛИМФОУЗЛЫ:

Увеличены ДА _____ НЕТ _____

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА;

Число дыхательных движений _____

Дыхание (глубокое, поверхностное); ритмичное ДА _____ НЕТ _____

Характер одышки : экспираторная, инспираторная, смешанная.

Характер мокроты гнойная, геморрагическая, серозная, пеннистая, неприятный запах.

Аускультация лёгких:

Дыхание (подчеркнуть): везикулярное, жёсткое, ослабленное,

Хрипы ; наличие, отсутствие (характеристика, локализация) _____

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА:

Пульс (характеристика, качества) _____

АД на двух руках: левая _____ правая _____

Аускультация: тоны звучные , приглушены (подчеркнуть)

Шумы: ДА _____ НЕТ _____

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ:

Глотание: нормальное, затруднено

Состояние зубов: кариес, отсутствие зубов _____

Съёмные зубные протезы ДА _____ НЕТ _____

Язык обложен ДА _____ НЕТ _____

Запах изо рта _____

Характер рвотных масс _____

Характер стула _____

Живот увеличен в объёме ДА (метеоризм, асцит, ожирение) _____ НЕТ _____

Болезненность при пальпации ДА (локализация) _____ НЕТ _____

Напряжён ДА _____ НЕТ _____

Аускультация живота _____

МОЧЕВЫЩЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА:

Мочеиспускание: болезненное, безболезненное, затруднено, недержание, энурез

Цвет мочи: обычный, изменён («пива», «мясных помоев»)

Прозрачность ДА _____ НЕТ _____

Суточное количество мочи (подчеркнуть) анурия, олигоурия, полиурия, норма.

Симптом Пастернацкого _____

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА:

Видимое увеличение щитовидной железы ДА _____ НЕТ _____

Экзофтальм ДА _____ НЕТ _____

ПОЛОВАЯ СИСТЕМА:

Молочные железы: размеры _____

Асимметрия ДА _____ НЕТ _____

Пальпация молочных желёз: деформация ДА _____ НЕТ _____

Наружный осмотр половых органов (патологические изменения) _____

НЕРВНАЯ СИСТЕМА:

Нарушение походки ДА _____ НЕТ _____

Нарушение произвольных движений (подчеркнуть) парезы , атаксии , нарушение равновесия, координации , насильственные движения

Нарушения функции черепных нервов ДА _____ НЕТ _____

Парезы ДА _____ НЕТ _____

Гиперкинезы ДА _____ НЕТ _____

Мозжечковая атаксия ДА _____ НЕТ _____

Симптомы паркинсонизма ДА _____ НЕТ _____

Нарушения речи (подчеркнуть) дизартрия, моторная афазия, сенсорная афазия Нарушение чувствительности (указать вид и тип) болевой, температурной и т.д.

СУБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:

Жалобы пациента в настоящий момент: _____

С какого времени считает себя больным _____

С чем связывает своё заболевание _____

Последнее ухудшение _____
Перенесенные заболевания, операции _____

ФАКТОРЫ РИСКА:

Аллергоанамнез _____
Наследственность _____
Курение да, нет _____
Алкоголь умеренно, избыточно, нет _____
Наркотики _____
Гиподинамия _____
Ожирение _____
Частые стрессовые ситуации в семье или на работе _____
Профессиональные вредности (перечислить) _____

ПИТАНИЕ

Аппетит сохранён, повышен, понижен _____
Соблюдение режима питания да, нет _____
Преобладание в рационе питания острой, жирной, жареной, растительной, мясной, молочной, мучной пищи _____
Блюда, напитки _____
Суточное потребление жидкости _____

СПОСОБНОСТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО

Двигаться _____
Умываться _____
Пользоваться туалетом _____
Питаться _____
Готовить пищу _____
Одеваться _____
Делать инъекции (для больных диабетом) _____
Вести домашнее хозяйство _____
Читать и писать _____
Общаться _____
Нарушение зрения _____
Нарушение памяти _____
Нарушение внимания _____

РЕСУРСЫ ЖИЗНЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ:

Адаптация к болезни, игнорирование, недооценка тяжести состояния погружение и уход в болезнь _____
Отношение к религии да, нет _____
Поддержка семьи да, нет _____
Поддержка пациента вне семьи (указать кто это) _____
Результаты дополнительных методов исследования
(указать отклонения от нормы) _____

Нарушено удовлетворение потребностей (подчеркнуть)

1. Дышать
2. Есть
3. Пить
4. Выделять

5. Спать, отдыхать
6. Быть чистым
7. Одеваться, раздеваться
8. Поддерживать температуру

9. Быть здоровым
10. Избегать опасности
11. Двигаться
12. Общаться

13. Иметь жизненные ценности
14. Играть, учиться, работать.

СЕСТРИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ (приоритетные подчеркнуть)

Дата	Настоящие	Потенциальные

Дата	Приоритетная сестринская проблема	
Цели		
	Краткосрочные	Долгосрочные

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Независимые сестринские вмешательства	Дата	Реализация	Оценка

ВРАЧЕБНЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ

Индивидуальные планы оценки лекарственных средств, применяемых для лечения пациента.

№ п/п	Назначенный препарат	Доза и путь введения	Возможный побочный эффект	Наблюдение побочного эффекта у пациента

Совместимость назначенных препаратов:

СЕСТРИНСКИЙ ДНЕВНИК Фамилия, имя, отчество больного

<u>ДАТА</u>												
Дни в стационаре												
Сознание: ясное												
Расстроенное												
Отсутствует												
СОН: нормальный												
Нарушен												
НАСТРОЕНИЕ												
КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ: без изменений												
Опрелости												
Расчёсы												
Отёки												
Цианоз												
Желтушность												
ТЕМПЕРАТУРА												
ДЫХАНИЕ: ЧДД												
Кашель												
Одышка												
Мокрота												
ПУЛЬС: частота												
Аритмия												
АД												
ЖИВОТ: мягкий												
Вздут												

Напряжен												
ПРИЕМ ПИЩИ самостоятельны												
Требуется помощь												
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОТРАВЛЕНИЯ:												
Мочепускание болезненное												
Затруднённое												
Недержание												
Суточный диурез												
БОЛЬ: без изменения												
Ослабление												
Усиление												
ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА												
Требуется помощь												
Купание (душ. ванна)												
ВЕС												
ОСЛОЖНЕНИЯ при введении												
Местные												
ПОСЕТИТЕЛИ												

СЕСТРИНСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ РЕБЁНКА

Фамилия, имя, отчество _____ возраст _____ лет _____ мес
 Поступил «__» _____ 202 г.
 Выбыл «__» _____ 202 г.
 Занятие родителей Отец _____
 Мать _____

Посещает: ясли _____ детский сад _____ школу _____

Адрес, телефон _____ Проведено _____ койко-дней

Поступил: впервые, повторно, планово по экстренным показателям, самотёком (подчеркнуть)

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.

Для детей 1-го года жизни:

Течение беременности матери _____

Условия режима и труда во время беременности _____

Роды _____ родился в срок, недоношенным на _____ мес.

с массой _____, ростом _____, закричал сразу, была асфиксия _____

пуповина отпала на _____ день, пупочная ранка зажила на _____ день.

Вскармливание: грудное, смешанное, искусственное _____

Когда приложен первый раз к груди _____. Как взял грудь _____

Режим кормления: правильный, беспорядочный, кормится _____ раз в сутки, ночью _____
 прикорм с _____ мес., чем, сколько _____

отнят от груди _____, кормление к моменту поступления _____

физическое развитие: вес к 6 мес. _____ к году _____ позднее _____
 начал держать головку _____ мес., сидеть, ходить _____ зубы _____
 к году _____ зубов.

Психическое развитие: дети раннего возраста – начал улыбаться, фиксировать предметы глазами _____ мес., указывать близких лиц _____ мес., произносить первые слоги, понимать речь взрослого _____ мес., произносить первые осмысленные слова _____ мес., первая речь _____ мес., лет _____

дети старшего возраста: поведение в семье _____
в коллективе _____ когда научился читать _____
писать _____ успеваемость в школе _____

перенесённые заболевания: в новорожденном периоде _____
на первом году _____
на втором году _____
позднее _____

Аллергические реакции (ЭКД и др.) _____

Для VI семестра.

Прививки БЦЖ да, нет ревакцинация _____ лет

Противодифтерийная прививка _____ мес., лет, сколько раз _____

Реакция Манту _____ мес., лет _____

Наследственность:

Мать (возраст) _____

Отец (возраст) _____

Другие родственники _____

Условия и образ жизни: заработок семьи _____ квартира _____
_____ комната _____

общеежитие _____, на _____ чел., их них взрослых _____

чел. детей _____ . Режим дня соблюдается, нет.

ухаживает за ребёнком _____ . Имеет ли кровать _____, спит один, вместе с _____,

питается _____, гуляет зимой _____, летом _____, гуляет мало, не

гуляет. Моется в бане, ванне _____ раз в неделю.

Начал учиться _____ лет, число учебных часов _____, смена утренняя, вечерняя.

Есть ли заразные болезни в семье, в квартире, учреждении (туберкулёз и др.) _____

СЕСТРИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ

1. ДЫШАТЬ:

- цвет кожных покровов
- дыхание (характер, частота)
- одышка, её характер
- кашель и его характер
- дыхание через нос
- пульс и его характеристики
- артериальное давление

2. ЕСТЬ, ПИТЬ:

- характер питания
- режим питания
- жажда: да, нет
- количество жидкости: достаточное, увеличенное, ограниченное. Причина.

3. ВЫДЕЛЯТЬ:

- срыгивания, рвота
- стул
- мочеотделение (цвет мочи, количество)
- дизурические явления: да, нет
- отеки: да, нет. их локализация, степень выраженности

4. БЫТЬ ЧИСТЫМ:

КОЖА

- цвет
- чистота: чистая
 - сыпь: да, нет
 - характер сыпи: гнойничковая, геморрагическая и т.д.
 - локализация
 - расчёсы: да, нет
 - опрелости: да, нет
- влажность: сухая, нормальная, повышенная

СЛИЗИСТЫЕ

- полость рта и губ
- язык
- глаза
- нос
- половые органы

5. СПАТЬ, ОТДЫХАТЬ.

- сон: спокойный, беспокойный
- продолжительность: ночного сна _____
дневного сна _____

- засыпание

6. ПОДДЕРЖИВАТЬ ТЕМПЕРАТУРУ ТЕЛА.

- температура тела

7. ПОДДЕРЖИВАТЬ СОСТОЯНИЕ.

- Вес - рост -
- физическое развитие:
- воли любой локализации -
- время их появления -
- интенсивность -
- беспокойство, вялость (да, нет)
- зуд кожи и пр.

8. ОБЩАТЬСЯ.

- Нервно-психическое развитие:
- соответствует возрасту

опережает

отстает: на 1 эпикризный срок на 2

эпикризный срок на 3

эпикризный срок

настроение

контактность

реакция на осмотр: адекватная, неадекватная

отношение со сверстниками

9. ОДЕВАТЬСЯ, РАЗДЕВАТЬСЯ

самостоятельно –

с посторонней помощью

наличие одежды -

10. ИГРАТЬ, УЧИТЬСЯ

наличие игрушек

наличие возможности (желания) учиться:

самостоятельно -

11. ДВИГАТЬСЯ.

роднички _____,

швы _____

грудная

клетка _____

конечности _____,

позвоночник _____

суставы _____

Мышечная

система _____

состояние статистики и

движений _____

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА С УЧЕТОМ НАРУШЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ.

ПОТРЕБНОСТЬ	ПРОБЛЕМА

Приоритеты.а)

б) и т.д.

Цели:

краткосрочные

долгосрочные

Планирование:

а) режимб)

диета

в) план ухода с учетом удовлетворения потребностей пациента.

План сестринских вмешательств

<i>Приоритетная проблема</i>	<i>План сестринских вмешательств</i>