

## Учебная документация к осуществлению ухода за пациентом

### I. Титульный лист

Наименование лечебного учреждения \_\_\_\_\_

Дата поступления \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_ палата \_\_\_\_\_

Непереносимость лекарственных препаратов \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания: болезнь Боткина, туберкулез, венерические  
заболевания, сахарный диабет, прочие \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Постоянное место жительства \_\_\_\_\_

Место работы, профессия, должность \_\_\_\_\_

Телефон экстренной связи \_\_\_\_\_

Кем направлен \_\_\_\_\_

Клинический диагноз \_\_\_\_\_

Студент \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_

Подпись преподавателя \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

## II. Лист первичного обследования

Жалобы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

История болезни:

когда началось \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

как началось \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

как протекало \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<p style="text-align: center;"><b>Дыхание</b></p> <p><i>Субъективные данные:</i>  Одышка: да      нет  Кашель: да      нет  Мокрота: да      нет  Требуется ли специальное положение в постели (да, нет)</p> <p>Дополнения / Замечания сестры  _____  _____  _____</p>	<p><i>Объективные данные:</i>  Окраска кожных покровов и слизистых  _____  Частота дыхания _____  Глубина дыхания _____  Ритм дыхания _____  Одышка (экспираторная, инспираторная, смешанная)  Мокрота (гнойная, кровянистая, серозная, пенистая),  запах (да, нет)  Пульс _____ в мин.; ритмичный, аритмичный  АД _____ мм. рт. ст.</p>	<p><b>Проблема выявлена</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Питание и питье</b></p> <p><i>Субъективные данные:</i>  Жажда: да      нет  Аппетит (сохранен, повышен, понижен, отсутствует)  Что предпочитает  _____  _____</p> <p>Погрешности в диете (да, нет)  Диспепсия (изжога, отрыжка, тошнота, рвота)  Сухость во рту (да, нет)  Способность самостоятельно питаться (да, нет)  Дополнения / Замечания сестры  _____</p>	<p><i>Объективные данные:</i>  Диета № _____  Рост _____  Вес _____</p> <p>Суточное потребление жидкости  _____  Характер рвотных масс _____  _____  Зубные протезы (да, нет)  Нарушения жевания (да, нет)  Нарушения глотания (да, нет)  Гастростома (да, нет)</p>	<p><b>Проблема выявлена</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Выделение</b></p> <p>Кратность стула  _____  Характер стула (жидкий, оформленный)  Патологические примеси  _____  _____</p> <p>Недержание кала (да, нет)  Мочеиспускание (нормальное, болезненное, затруднено, недержание, недержание)  Суточное количество  _____  _____</p> <p>Встает ночью (да, нет)  Способность самостоятельно пользоваться туалетом (да, нет)  Дополнения / Замечания сестры  _____</p>	<p>Колостома (илеостома)  Вздутие живота (да, нет)  Характер мочи (обычная, мутная, цвета пива, мясных помоев)  Катетер _____  _____  Цистостома (да, нет)  Отеки (да, нет) _____  _____  _____</p>	<p><b>Проблема выявлена</b></p>

<p style="text-align: center;"><b>Сон</b></p> <p>Сон (не нарушен, прерывистый, быстрое пробуждение, засыпание под утро, бессонница) Постельный комфорт (да, нет)</p> <hr/> <p>Дополнения / Замечания сестры</p> <hr/>	<p>Спит ночью Да нет</p> <p>Днем Да нет</p>	<p style="text-align: center;"><b>Проблема выявлена</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Гигиена и смена одежды</b></p> <p>Зуд (да, нет) Локализация _____</p> <hr/> <p>Заботится ли о своей внешности</p> <hr/> <p>Способность самостоятельно умыться и причесываться, ухаживать за полостью рта, мыть все тело, переодеваться</p> <p>Дополнения / Замечания сестры</p> <hr/>	<p>Состояние кожи и слизистых: (нормальная, сухая, влажная). Цвет (обычный, бледность, цианоз, гиперемия, желтушность). Тургор Пролежни _____</p> <hr/> <p>Другие дефекты (расчесы, опрелости)</p> <hr/> <p>Слизистые оболочки _____ Запах изо рта (да, нет) Белье (чистое, грязное) Санитарная обработка (полная, частичная)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Проблема выявлена</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Поддержание температуры тела</b></p> <p>Озноб (да, нет) Чувство жара (да, нет)</p> <p>Дополнения / Замечания сестры</p> <hr/>	<p>Температура тела _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>Проблема выявлена</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Безопасность</b></p> <p>Факторы риска: Аллергия _____ Курение _____ Алкоголь (избыточно) Падения (да, нет) Частые стрессовые ситуации (да, нет) Другие _____</p> <hr/> <p>Отношения к болезни</p> <hr/> <p>Способность самостоятельно принимать лекарства _____</p> <hr/> <p>Потребность в информации</p> <hr/> <p>Боль _____ Что дает облегчение _____</p> <hr/> <p>Дополнения / Замечания сестры</p> <hr/>	<p>Ориентация во времени и пространстве, собственной личности (да, нет, бывают эпизоды дезориентации) Резервы: очки, линзы, слуховой аппарат, съемные зубные протезы, трость, другие _____</p> <hr/> <p>Способность самостоятельно поддерживать свою безопасность (да, нет)</p> <hr/>	<p style="text-align: center;"><b>Проблема выявлена</b></p>

<p style="text-align: center;"><b>Движение</b></p> <p>Передвигается самостоятельно (да, нет) Передвигается с помощью _____</p> <p>Ходить до туалета (да, нет) Поворачивается в постели (да, нет)</p> <p>Дополнения / Замечания сестры _____ _____</p>	<p>Двигательный режим (общий, палатный, постельный, строгий постельный) Положение в постели (активное, пассивное, вынужденное, специальное)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Проблема выявлена</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Общение</b></p> <p>Семейное положение _____</p> <p>Поддержка семьи (да, нет) Поддержка вне семьи _____</p> <p>Трудности при общении _____</p> <p>Дополнения / Замечания сестры _____ _____</p>	<p>Сознание _____</p> <p>Речь (нормальная, нарушена, отсутствует) Память _____</p> <p>Зрение (нормальное, нарушено) Слух (нормальный, снижен)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Проблема выявлена</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Отдых и труд</b></p> <p>Досуг _____</p> <p>Трудоспособность (да, нет) Дополнения / Замечания сестры _____ _____</p>		<p style="text-align: center;"><b>Проблема выявлена</b></p>



<b>Физиологические отправления:</b> стул мочеиспускание								
<b>Купание:</b> ванна, душ частично в постели								
<b>Полная независимость</b>								
<b>Осмотр на педикулез</b>								
<b>Посетители</b>								

**Условные обозначения:**

- (+) наличие;
- (-) отсутствие симптома действия;
- настроение и аппетит –**N**
- цвет кожных покровов – **Г** (гиперемированная);

**Ц** (цианоз);

**Ж** (желтушность);

**Б** (бледная).

Температура тела обозначается цифрой – 36,8.



### КАРТА УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ

Дата	Проблемы пациента на сегодняшний день (потребность в уходе)	Мероприятия по уходу

### КАРТА УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ

Дата	Проблемы пациента на сегодняшний день (потребность в уходе)	Мероприятия по уходу

**КАРТА УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ**

<b>Дата</b>	<b>Проблемы пациента на сегодняшний день (потребность в уходе)</b>	<b>Мероприятия по уходу</b>