

\

КАРТА
ПЕРВИЧНОГО СЕСТРИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ
(ПП.02.01 Раздел 02.01.2 Сестринский уход при заболеваниях в педиатрии)

ФИО больного _____ Возраст _____

Сестринский диагноз: _____

Дата курации с «____» _____ по «____» _____ 20__ г.

ФИО обучающегося _____

Группа № _____

Проверил преподаватель _____

г. Пятигорск
2022 г.

Наименование лечебного учреждения _____

Дата поступления « ____ » _____ 20 ____ г.

Отделение _____ Плата № _____

Фамилия, имя, отчество _____

Возраст _____

Постоянное место жительства _____

Место пребывания ребенка: учебное заведение, детское дошкольное учреждение, не
организован _____

Кем направлен _____

Клинический диагноз: _____

Наследственность (не отягощена) _____

Беременность, роды (норма, патология) _____

Вскармливание (грудное, смешанное, искусственное) _____

Непереносимость лекарственных препаратов _____

Перенесенные заболевания: болезнь Боткина, туберкулез, корь, краснуха,
скарлатина, эпидемиологический паротит, ветряная оспа, ОРВИ, ангина, пневмония,
дизентерия, прочие _____

Аллергические реакции на: _____

Реакция Манту _____

Профилактические прививки (БЦЖ, ГВ, полиомиелит, противокоревая, краснушная, эпидемиологический паротит) _____

Жалобы при поступлении _____

Жалобы на день курации _____

НАРУШЕННЫЕ ПОТРЕБНОСТИ РЕБЕНКА

ПРОБЛЕМЫ

Субъективные данные:

Одышка: (да, нет)

Кашель: (да, нет)

Мокрота: (да, нет)

Требуется ли специальное положение в постели (да, нет)

Дополнительные замечания сестры

Объективные данные:

Окраска кожных покровов и слизистых _____

Частота дыхания _____

Глубина дыхания _____

Ритм дыхания _____

Одышка (экспираторная, инспираторная, смешанная)
Мокрота (гнойная, кровянистая, сезонная, пенная), запах (да, нет).

Пульс _____ в мин.;
ритмичный, аритмичный

АД _____ мм рт. ст.

ПИТАНИЕ И ПИТЬЕ

Субъективные данные:

Жажда: (да, нет)

Аппетит (сохранен, повышен, понижен, отсутствует)

Что предпочитает?

Погрешности в диете
(да, нет)

Диспепсия (изжога, отрыжка, тошнота, рвота, срыгивание)

Сухость во рту (да, нет)

Способность самостоятельно питаться
(да, нет)

Дополнительные замечания сестры

Объективные данные:

Диета № _____

Рост _____

Вес _____

Долженствующий вес _____

Суточное потребление
жидкости _____

Характер
рвотных масс _____

Нарушение жевания (да, нет)

Нарушение сосания (да, нет)

_____ _____ _____ Кратность стула _____ Характер стула (жидкий, оформленный, кашицей) _____ Патологические примеси _____ _____ _____ Недержание кала (да, нет) Мочеиспускание (нормальное, болезненное, затруднено, недержание) Суточное количество мочи _____ Встает ночью (да, нет) Способность Самостоятельно пользоваться туалетом (да, нет) Дополнительные замечания сестры _____ _____ _____ _____	Нарушение глотания (да, нет) _____ _____ Вздутие живота (да, нет) _____ Характер мочи (обычная, мутная, цвета пива, мясных помоев) Отеки (да, нет) _____ _____ _____	
<u>СОН</u> Сон не нарушен, прерывистый, быстрое пробуждение, засыпание с трудом, бессонница) Постельный комфорт (да, нет) Дополнительные замечания сестры _____ _____ _____	Спит ночью (да, нет) Спит днем (да, нет)	<u>ПРОБЛЕ</u> <u>МА</u> <u>ВЫЯВЛЕ</u> <u>НА</u>
<u>ГИГИЕНА И СМЕНА ОДЕЖДЫ</u> Зуд (да, нет) Локализация _____ _____ _____	Состояние кожи и слизистых: (нормальная, сухая, влажная) Цвет (обычный, бледность, цианоз, гиперемия, желтушность)	<u>ПРОБЛЕ</u> <u>МА</u> <u>ВЫЯВЛЕ</u> <u>НА</u>

Заботится ли о своей внешности (да, нет) _____ Способность самостоятельно умыться и причесываться, ухаживать за полостью рта, мыть все тело, переодеваться. Дополнительные замечания сестры _____ _____ _____	Тургор _____ _____ _____ Эластичность _____ _____ _____ Другие дефекты (расчесы, опрелости, потница) _____ _____ Слизистые оболочки _____ _____ Запах изо рта (да, нет) Белье (чистое, грязное) Санитарная обработка (полная, частичная)	
<u>ПОДДЕРЖАНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА</u> Озноб (да, нет) Чувство жара (да, нет) Дополнительные замечания сестры _____ _____	Температура тела _____	<u>ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА</u>
<u>БЕЗОПАСНОСТЬ</u> Факторы риска: Аллергия _____ Падения (да, нет) Частые стрессовые ситуации (да, нет) Другие _____ _____ Отношение к болезни _____ Способность самостоятельно принимать лекарства (да, нет) _____ Потребность в информации _____ _____ Боль _____ _____	Ориентация во время и пространстве, собственной личности (да, нет, бывают эпизоды дезориентации) _____ Способность самостоятельно поддерживать свою безопасность (да, нет) _____ _____ _____ _____	<u>ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА</u>

Что дает облегчение? _____ _____ Дополнительные замечания сестры _____ _____ _____	
<u>ДВИЖЕНИЕ</u> Передвигаться самостоятельно (да, нет) Передвижение с помощью _____ _____ Ходит до туалета (да, нет) Поворачиваться в постели (да, нет) Дополнительные замечания сестры _____ _____ _____	<u>ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА</u> Двигательный режим (общий, палатный, постельный, строгий постельный) Положение в постели (активное, пассивное, вынужденное, специальное)
<u>ОБЩЕНИЕ</u> Поддержка семьи (да, нет) Поддержка вне семьи _____ _____ Трудности при общении (да, нет) _____ Дополнительные замечания сестры _____ _____ _____	<u>ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА</u> Сознание _____ _____ Речь (нормальная, нарушена, отсутствует) Память _____ _____ Зрение (нормальное, нарушено) Слух (нормальный, снижен)
<u>ОТДЫХ И ТРУД</u> Учится (да, нет) _____ Дополнительные замечания сестры _____ _____	<u>ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА</u> Успеваемость _____ Увлечения _____

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ

Ф.И.О. больного

Отметки о нарушениях	Даты					
1. СОЗНАНИЕ:						
- ясное						
- спутанное						
2. СОН:						
- нормальный						
- нарушен						
3. НАСТРОЕНИЕ:						
4. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ:						
- без изменений						
- пролежни						
- опрелости						
- расчесы						
- цвет кожи						
5. ТЕМПЕРАТУРА:						
6. ДЫХАНИЕ (ЧДД):						
- кашель						
- мокрота						
- одышка						
7. ПУЛЬС:						
8. АД:						
9. БОЛЬ						
- без изменений						
- усилилась						
- уменьшилась						
10. ВЕС (в цифрах):						
11. СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ (в цифрах):						
12. ПОТРЕБЛЕНИЕ ЖИДКОСТИ (в цифрах):						
13. АППЕТИТ						
- сохранен						
- повышен						

- снижен						
14. ПРИЕМ ПИЩИ:						
- самостоятельный						
- требуется помощь						
15. ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ:						
- самостоятельно						
- требуется помощь						
16. ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА:						
- самостоятельно						
- требуется помощь						
17. СТУЛ:						
18. МОЧЕИСПУСКАНИЕ:						
- свободное						
- затруднено						
- болезненное						
- недержание						
- цвет мочи						
- прозрачность мочи						
19. КУПАНИЕ:						
- душ, ванна						
- частично						
- самостоятельно						
- требуется помощь						
20. ЖИВОТ:						
- мягкий						
- вздут						
- напряжен						
21. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВВЕДЕНИИ ЛЕКАРСТВ:						
- местные						
- общие						
22. ПОСЕТТЕЛИ:						
- есть						
- нет						

ПРОБЛЕМЫ РЕБЕНКА

НАСТОЯЩИЕ (ПРИОРИТЕТНЫЕ) ПОДЧЕРКНУТЬ		ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ	
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	
4.		4.	
5.		5.	
6.		6.	
7.		7.	
8.		8.	
9.		9.	
10.		10.	

ПЛАН СЕСТРИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Проблема пациента _____

Цель ожидаемого результата _____ (краткосрочная)

(долгосрочная)

СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА	МОТИВАЦИЯ ДЕЙСТВИЙ

Дата достижения цели _____ Оценка результата _____