Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Ставропольского края

«Пятигорский медицинский колледж»

**Дневник**

по выполнению программы

 **учебной практики**

профессионального модуля

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

**УП.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях**

обучающегося(щейся) \_\_IV\_\_\_ курса \_\_\_\_\_\_\_\_ группы

отделения \_медсестринского\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 На базе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

специальности **34.02.01 Сестринское дело**

 г. Пятигорск,

2021 г.

**ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах**

УП.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

**Раздел 02.01.4 Сестринский уход при инфекционных заболеваниях**

Специальность: 34.02.01 Сестринское дело

Обучающийся(щаяся) \_\_IV\_\_\_ курса \_\_\_\_\_\_\_\_ группы

отделения \_медсестринского\_

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проходившего учебную практику с 13 ноября по 19 ноября 2021 г.

**Преподаватель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Фамилия И.О.) (подпись)*

**УП.02.01. 1 неделя – 36 часов**

Раздел 02.01.4 Сестринский уход при инфекционных заболеваниях - 36 часов

Инструктаж по технике безопасности прошел обучающийся(щаяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО обучающегося) (подпись)

Инструктаж по технике безопасности провел преподаватель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г.  (ФИО) (подпись)

Инструктаж по технике безопасности в организации, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья, провел \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

МП (ФИО ) (подпись)

«\_13\_»\_\_\_ноября\_\_\_2021 г.

# ЛИСТ ЕЖЕДНЕВНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Тема занятия | Содержание работы обучающегосяФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_В разделе описывается теоретическая и практическая работа обучающегося в данный день практики. | Оценка, подпись преподавателя |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# **МАНИПУЛЯЦИОННЫЙ ЛИСТ**

Обучающегося (щейся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

Группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Специальности \_\_\_34.02.01 Сестринское дело\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Проходившего (шей) учебную практику с \_\_13.11.2021\_\_\_ по \_19.11.2021 г.

На базе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах**

**Раздел 02.01.4 Сестринский уход за пациентами с инфекционными заболеваниями.**

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ пп** | **Перечень манипуляций** (в соответствии с программой учебной практики) | **Формируемые ПК** | **Даты прохождения практики** | Всего манипуляций | Оценка преподавателя  |
| 13.11 | 15.11 | 16.11 | 17.11 | 18.11 | 19.11 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | Демонстрация умения донести до пациента суть вмешательства. | 2.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Подготовка пациента к пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам (лабораторно-инструментальным исследованиям) | 2.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Оценка физического состояния, контроль состояния пациента: | 2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - сбор информации о пациенте, выявление проблем | 2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - измерение массы тела | 2.2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| -исследование пульса | 2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - измерение АД | 2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - подсчет числа дыханий | 2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - проведение термометрии | 2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - измерение суточного количества мочи, мокроты и др. | 2.2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Осмотр пациента на педикулез. Обработка при педикулезе. | 2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Проведение санитарной обработки поступивших пациентов | 2.2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  1 | 2 | 3 | 13.11 | 15.11 | 16.11 | 17.11 | 18.11 | 19.11 | 4 | 5 |
|  | Планирование организации и проведения сестринского ухода за пациентами с различными инфекционными заболеваниями | 2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Забор биологического материала на бактериологические, биохимические, клинические исследования (мочу, кал, рвотные массы, мокроту, мазков из зева, носа, носоглотки, промывные воды, мазка на «толстую каплю», пунктат из бубона) | 2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Демонстрация выполнения забора крови на биохимическое, серологическое, на реакцию агглютинации, HBS-антиген, забор крови из вены на ИФА, иммуноблотинг. | 2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Демонстрация выполнения забора крови на стерильность, на гемокультуру. | 2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Демонстрация выполнения мазка и толстой капли крови | 2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Оказание помощи при неотложных состояниях:- при инфекционно-токсическом шоке, -отеке гортани, -острой дыхательной недостаточности;- печеночной коме;- гиповолемическом шоке;- при лихорадке. | 2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Постановка очистительной клизмы. | 2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Выполнение взаимодействия с клинико-диагностической лабораторией, эпид. отделом и др. | 2.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Подкожное, внутримышечное, внутривенное введение лекарственных препаратов | 2.4. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Заполнение и постановка системы для внутривенного капельного вливания. | 2.4. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. 3
 | Дробное введения сыворотки (по Безредко) по назначению врача | 2.4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Проведение раздачи лекарствен-ных препаратов в соответствии с назначениями врача, объяснять правила приема препаратов, контролировать их использование. | 2.4. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Дезинфекция предметов медицинского назначения, инструментов, уборочного инвентаря, проведение заключи-тельной дезинфекции помещений | 2.5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария | 2.5. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  1 | 2 | 3 | 13.11 | 15.11 | 16.11 | 17.11 | 18.11 | 19.11 | 4 | 5 |
|  | Стерилизация изделий медицинского назначения | 2.5. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Соблюдения правил использования мельцеровского бокса. | 2.5. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Одевание и снятие противочумного костюма. | 2.5. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Работа с аварийной аптечкой. | 2.5. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Соблюдение правил противоэпидемического режима | 2.5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Заполнение медицинской документации: | 2.6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | - Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (форма 001/у);**- Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у);****- Температурный лист (форма 004/у)****- Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания (форма №089/у)**- Карта, выбывшего из стационара (форма 066/у);- Порционное требование;- Экстренное извещение о пищевом, остром профессиональном отравлении и необычной реакции на прививку (форма 058/у);- Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у);- Журнал регистрации анализов и их результатов (отдельно по ВИЧ-инфекции, RW) (форма №260/у)- Направления на лабораторные исследования. | 2.6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Планирование рекомендаций для реконвалесцента в реабилитационный период. | 2.7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Составление санитарных бюллетеней, планов бесед для санпросвет работы | 2.7. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Осуществление паллиативной помощи пациентам при ООИ (умывать, кормить, давать пить, проводить обработку полости рта, глаз, ушей, проводить смену нательного и постельного белья и т.д.) | 2.8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Преподаватель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО (подпись) |

**аттестационный лист**

**оценки результатов учебной практики УП.02.01.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. обучающегося)*

по программе учебной практики

специальность

**34.02.01 Сестринское дело**

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах УП.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

*(наименование профессионального модуля)*

в объеме\_36\_\_ часов с «13\_» \_ноября\_ 2021 г. по « \_19 » \_\_ноября\_ 2021 г.

|  |
| --- |
| **Обучающийся продемонстрировал первоначальный практический опыт и умения в рамках выполнения следующих учебно-производственных заданий**  |
| Инфекционная безопасность медицинского персонала. |
| Сестринский уход при кишечных инфекциях. |
| Сестринский уход при инфекциях дыхательных путей. |
| Сестринский уход при кровяных инфекциях. |
| Сестринский уход при инфекциях наружных покровов и гемоконтактных инфекциях. |
| Сестринский уход при зоонозных инфекциях. |
| **Профессиональные компетенции, соответствующие виду профессиональной деятельности** | **Уровень формирования профессиональной компетенции,** **(ПК не сформирована, низкий, средний, высокий)** |
| ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств. |  |
| ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса. |  |
| ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами |  |
| ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования. |  |
| ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса |  |
| ПК 2.6. Вести утверждённую медицинскую документацию |  |
| ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия |  |
| ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь |  |

**Уровень сформированности профессиональных компетенций/ оценка по пятибалльной системе\*:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (не сформированы, низкий, средний, высокий) (отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно)

Дата «19\_» \_ноября\_ 2021 г.

Преподаватель

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ф.И.О подпись

\* «Отлично» - высокий уровень, «хорошо» - средний уровень, «удовлетворительно» - низкий уровень, «неудовлетворительно» - наличие отметки «ПК не сформирована» хоть по одной ПК.

**Приложение к дневнику по учебной практике УП.02.01.**

**Карта сестринского процесса**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Проблемы****пациента** | **Цели краткосроч-ные** | **Цели долгосрочные** | **План** | **Реализация с мотивацией** | **Оценка** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |

**Форма №058/у**

**Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку.**

1. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть))

2. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Пол: м. ж. (подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Возраст (для детей до 14 лет — дата рождения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Адрес, населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом N \_\_\_\_\_ кв. N \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(индивидуальная, коммунальная, общежитие — вписать)

6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Даты:

заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

первичного обращения (выявления) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

установления диагноза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

последнего посещения детского учреждения, школы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

госпитализации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Место госпитализации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Если отравление — указать, где оно произошло, чем отравлен

пострадавший \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и

дополнительные сведения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия сообщившего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кто принял сообщение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Дата и час отсылки извещения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись пославшего извещение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в журнале ф. N 60

лечебно-профилактического учреждения

13. Дата и час получения извещения СЭС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в журнале ф. N 60 санэпидстанции

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись получившего извещение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Медицинская документация

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Форма № [001/у](https://blanker.ru/doc/forma-med-001u-zhurnal-ucheta-priema-bolnyh)

 наименование учреждения Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. № 1030

[**ЖУРНАЛ**](https://blanker.ru/doc/forma-med-001u-zhurnal-ucheta-priema-bolnyh)

**учета приема больных и отказов в госпитализации**

**Начат "..." \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 19 г. Окончен "..." \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 19**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Поступление | Фамилия, И., О. | Дата рождения | Постоянное место жительства или адрес родственников, близких и № телефона | Каким учреждением был направлен или доставлен | Отделение, в которое помещен больной |
| дата | час |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

и т.д. до конца страницы

ф. № 001/у продолжение

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № карты стационарного больного (истории родов) | Диагноз направившего учреждения | Выписан, переведен в другой стационар, умер (вписать и указать дату и название стационара, куда переведен) | Отметка о сообщении родственникам или учреждению | Если не был госпитализирован | Приме-чание |
| указать причину ипринятые меры | отказ в приеме первичный,повторный (вписать) |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код учреждения по ОКПО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 наименование учреждения

Медицинская документация

 Форма N 060/у

**ЖУРНАЛ**

**учета инфекционных заболеваний**

Начат "…...." \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 . . г Окончен "……..." \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 . . г.

 Примечание. Графы 13 и 14 заполняются только в санитарно-эпидемиологических станциях.

 ф. N 060/у

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  N п/п | Дата и часысообщения (приема)по телефону и датаотсылки (получения)первичного экстрен-ного извещения, ктопередал, кто принял | Наименованиелечебногоучреждения,сделавшегосообщение | Фамилия, имя,отчество больного | Возраст(для детейдо 3 летуказатьмесяц и годрождения) | Домашний адрес(город, село, улица,дом N, кв. N) | Наименование места работы,учебы, дошкольного детскогоучреждения, группа, класс,дата последнего посещения |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 и т.д. до конца страницы

 разворот ф. N 060/у

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата заболе-вания  | Диагноз и дата его установления  |  Дата, место госпитализации |  Дата первичногообращения  |  Измененный  (уточненный)  диагноз и дата его установления | Дата эпид. обследованияФамилия об- следовавшего |  Сообщено о заболеваниях (в СЭС по меступостоянного жительства, в детское учреждение, по месту учебы,работы и др.)  | Лаборатор-ное обследова-ние и его результат  | Примеча-ние  |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 и т.д. до конца страницы

|  |  |
| --- | --- |
| **Министерство здравоохранения РФ** | **Ф № 45**  |
|  |
| **наименование учреждения, производившего анализ** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **АНАЛИЗ КРОВИ №** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Ф.И.О.** |  |  |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **В учреждение** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Корпус**  |  | **Отделение**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Для врача** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Эритроциты** | **Гемоглобин** | **Цветной показатель** | **Толстая капля** | **Ретикуло-циты** | **Тромбо-циты** | **Паразиты**  |
| **полихром** | **базоф.** |
| **В 1 куб.мм 4,5 – 5 мм** | **80 – 100**  | **0,9 – 1,0**  | + | **–** | **0,6 – 0,8** | **250 – 460 тысяч**  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Лейкоциты** | **Базо-филы** | **Эозино-филы** | **Нейтрофилы** | **Лимфо-циты** | **Моно-циты** | **Индекс сдвига** |
| **миэлоц** | **юные** | **палоч.** | **сегмент** |
| **Норма** **6 – 8 тысяч** | **30- 40** |  | - | - |  **%** | **63–67%** | **24–30%** | **6 – 8 %** | **- 0,6** |
| **Норма в абсол. числах** | **0 -0,5** | **180** - **200** | - | - | **240** - **320** | **4020** -**5040** | **1800** - **2400**  | **360** - **640** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Анизоцитоз** |  |  | **Резистентность эритроцитов** | **миним** |  |
| **макс** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Пойкилоцитоз** |  |  | **Свертываемость крови** |  |
|  |  |  | **Начало** |  |
| **Нормобласты**  |  |  |
|  |  |  | **Конец**  |  |
| **Оседание эритроцитов** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Анализ производил:** |  | **Дата** |  |

 Медицинская документация

 **Форма № 224/у**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 наименование учреждения

Лаборатория \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**АНАЛИЗ КРОВИ № \_\_\_\_\_**

**"..."\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 . . г.**

дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Участок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ медицинская карта № \_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Резуль-тат | Норма |
| Единицы СИ | Единицы, подлежа-щие замене |
| Гемоглобин М Ж |  | 130,0-160,0120,0-140,0 | г/л  | 13,0-16,012,0-14,0 | г %  |
| Эритроциты М Ж |  | 4,0-5,0 3,9-4,7  | 1012/л  | 4,0-5,0 3,9-4,7  | млн. в 1 мм3 (мкл) |
| Цветовой показатель |  | 0,85-1,05  |  | 0,85-1,05 |  |
| Среднее содержание гемоглобина в 1эритроците  |  | 30-35  | пг  | 30-35  | пг  |
| Ретикулоциты  |  | 2-10  | 0/00  | 2-10  | 0/00  |
| Тромбоциты  |  | 180,0-320,0 |  109/л  | 180,0 - 320,0  | тыс. в 1 мм3 (мкл) |
| Лейкоциты  |  | 4,0-9,0  |  109 /л  | 4,0-9,0  | тыс. в 1 мм3 (мкл) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Нейтрофилы | Миелоциты  |  | - -  | % \* 109/л  | - -  | % в 1 мм3 (мкл) |
| Метамиелоциты  |  | - -  | % \* 109/л  | - -  | % в 1 мм3 (мкл) |
| Палочкоядерные  |  | 1-6 0,040-0,300 | % \* 109/л  | 1-6 40-300  | % в 1 мм3 (мкл) |
| Сегментоядерные  |  | 47-72 2,000-5,500 | % \* 109/л  | 47-72 2000-5500 | % в 1 мм3 (мкл) |
| Эозинофилы  |  | 0,5-5 0,020-0,300 | % \* 109/л  | 0,5-5 20-300  | % в 1 мм3 (мкл) |
| Базофилы  |  | 0-1 0-0,065 | % \* 109/л  | 0-1 0-65  | % в 1 куб.мм(мкл) |
| Лимфоциты  |  | 19-37 1,200-3,000 | % \* 109/л  | 19-37 1200-3000 | % в 1 мм3 (мкл) |
| Моноциты  |  | 3-11 0,090-0,600 | % \* 109/л  | 3-11 90-600  | % в 1 мм3 (мкл) |
| Плазматические клетки  |  | - -  | % \* 109/л  | - -  | % в 1 мм3 (мкл) |
| Скорость (реакция) оседания М эритроцитов Ж |  | 2-10 2-15  | мм/час | 2-10 2-15  | мм/час  |

Морфология эритроцитов

Анизоцитоз (макроциты, микроциты, мегалоциты) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пойкилоцитоз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Эритроциты с базофильной зернистостью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полихроматофилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тельца Жолли, кольца Кебота \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Эритро-, нормобласты (на 100 лейкоцитов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Мегалобласты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Морфология лейкоцитов

Гиперсегментация ядер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Токсогенная зернистость \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 "..." \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20... г.

 дата выдачи анализа Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Медицинская документация

 Форма N 200/у

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 наименование учреждения

**НАПРАВЛЕНИЕ НА АНАЛИЗ N \_\_\_\_\_**

"..." \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 . . г.

дата взятия биоматериала

В лабораторию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, И., О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Палата \_\_\_\_\_\_\_\_ участок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ медицинская карта N \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз, группа диспансерного учета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исследовать (указать консервант) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (нужное вписать)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись врача

**Лист учета водного баланса**.

Дата--------------------------

Отделение--------------------------------------- Палата-----------------------------------------

ФИО---------------------------------------------- Возраст--------------------Масса тела-------

Диагноз---------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ВРЕМЯ | ВЫПИТО | КОЛ-ВО ЖИДКОСТИ | ВРЕМЯ | ВЫДЕЛЕНО МОЧИ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ЗА СУТКИ: | ВСЕГО ВЫПИТО: |  | ВСЕГО ВЫДЕЛЕНО: |  |

 Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Медицинская документация

 форма № 003/у

 Утверждена Минздравом СССР

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 04.10.80 г. № 1030

наименование учреждения

[**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**](https://blanker.ru/doc/forma-003u-medicinskaya-karta-stacionarnogo-bolnogo) **№ \_\_\_\_\_**

**стационарного больного**

Дата и время поступления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата и время выписки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ палата № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Переведен в отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проведено койко-дней \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Группа крови \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Резус-принадлежность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Побочное действие лекарств (непереносимость) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

название препарата, характер побочного действия

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Возраст \_\_\_\_\_\_ (полных лет, для детей: до 1 года - месяцев, до 1 месяца – дней)

4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

вписать адрес, указав для приезжих - область, район,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

населенный пункт, адрес родственников и № телефона

5. Место работы, профессия или должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

для учащихся - место учебы; для детей - название детского учреждения, школы;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

для инвалидов - род и группа инвалидности, иов – да, нет подчеркнуть

6. Кем направлен больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 название лечебного учреждения

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет

через \_\_\_\_\_\_\_\_\_ часов после начала заболевания, получения травмы;

госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).

8. Диагноз направившего учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Диагноз при поступлении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Диагноз клинический  |  | Дата установления |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Медицинская документация

 Форма № 004/у

 Утверждена Минздравом СССР

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 04.10.80 г. № 1030

 наименование учреждения

ТЕМПЕРАТУРНАЙ ЛИСТ

Ф.И.О. больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Палата №\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Дата*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***День болезни*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***День. преб. в стац.*** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| **Д** | **П** | **АД** | **Т** | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в |
| 35 | 140 | 200 | 41 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | 120 | 175 | 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | 100 | 150 | 39 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | 90 | 125 | 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | 80 | 100 | 37 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | 70 | 75 | 36 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 60 | 50 | 35 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дыхание |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Вес |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Выпито жидкости |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Суточное количество мочи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Стул |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ванна |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |