

Государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение Ставропольского края
«Пятигорский медицинский колледж»

**СЕСТРИНСКАЯ КАРТА
СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО**

Ш.02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля

ФИО обучающегося _____

Группа № _____

Курс III _____

Специальность 31.02.01 Лечебное дело

Руководитель практической
подготовки обучающихся _____

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Фамилия, имя, отчество

2. Пол _____ Рост _____ Вес _____

3. Возраст _____

(полных лет, для детей до 1 года - месяцев, до 1 месяца - дней)

4. Дата время и поступления

5. Дата и время выписки

6. Отделение _____ Палата № _____

7. Проведено койко – дней _____

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

9. Группа крови _____ Резус принадлежности _____

10. Побочные средства лекарств
(непереносимость) _____

11. Постоянное место жительства: (город, село)

(вписать адрес, указать для приезжих, область, район, населенный пункт, адрес
родственников, номер телефона)

12. Место работы, должность

(для учащихся - место учебы)

13. Кем доставлен больной

(название лечебного учреждения)

14. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет (подчеркнуть).

15. Через сколько часов _____ после начала заболевания больной госпитализирован в плановом порядке.

16. Врачебный диагноз

Причины обращения:

Источники информации:

(пациент, родственники, медицинский персонал)

Жалобы пациента в настоящее время

2. Анамнез болезни:

- когда началось заболевание _____

- как началось _____

- как протекало _____

- проводимые исследования

- лечение и его эффективность

- причины заболевания

История жизни

1. Условия, в которых рос и развивался человек:

2. Трудовая деятельность - возраст, условия труда:

профессиональная вредность _____

3. Перенесенные заболевания, операции, травмы

(гепатит, туберкулез, венерические заболевания)

Выявление факторов риска

1. Режим труда и отдыха

2. Условия проживания

3. Характер питания

4. Вредные привычки

Курение: Нет, Да стаж курильщика _____ количество выкуриваемых
сигарет в сутки _____

Употребление алкоголя: Нет, Да в каких количествах _____

5. Производственные вредности

6. Хронические заболевания

4. Аллергоanamнез:

- непереносимость пищи

- непереносимость лекарств

- непереносимость бытовой техники

5. Особенности питания (что переносит плохо, что предпочитает)

6. Духовный статус: образ жизни (культура, вероисповедание, развлечения, отдых, родной язык)

7. Социальный статус: (роль в семье, на работе, финансовое положение)

8. Наследственность (наличие у кровных родственников диабета, высокого давления, заболеваний сердца, инсульта, ожирения, туберкулеза, анемий, заболеваний желудка, почек, печени, щитовидной железы)

Физиологические данные

1. Состояние кожных покровов и подкожно-жировой клетчатки

Цвет кожных покровов _____

Высыпания Нет, Да Локализация _____

Характер высыпаний _____

Выраженность подкожно-жирового слоя _____

Отеки Нет Да Локализация _____

Дополнение _____

2. Дыхание и кровообращение

Частота дыхательных движений _____ мин.

Кашель: Да, Нет

Мокрота: Да, Нет

Характер мокроты при ее наличии:

Пульс (частота _____, ритм, наполнение, напряжение, синхронность):

Артериальное давление на периферических артериях:

левая рука _____ правая рука _____

Дополнение: _____

Пищеварение

Аппетит: не изменен, снижен, отсутствует, повышен (подчеркнуть)

Глотание: нормальное, затруднительное (подчеркнуть)

Соблюдение назначенной диеты: Да, Нет

Метеоризм: Да, Нет

Дополнение: _____

4. Физиологические отправления

Функционирование мочевого пузыря:

Мочеиспускание: свободное, затруднено, болезненно, учащено (подчеркнуть)

Частота мочеиспускания: днем _____ ночью _____

Недержание: Да, Нет

Функционирование кишечника:

Регулярность/частота:

Стул оформлен, запор, понос, недержание (подчеркнуть)

Дополнение: _____

5. Двигательная активность

Зависимость: полная, частичная, отсутствует

Применяются приспособления при ходьбе: Да, Нет

Нуждается ли в помощи медицинского работника Да, Нет

Дополнение (костыли, трость, ходунки, поручни): _____

6. Сон, отдых

Длительность ночного сна _____

Длительность дневного сна _____

Дополнение (нарушение засыпания, прерывистый сон, сонливость днем, бессонница ночью): _____

7. Способность поддерживать нормальную температуру тела
Температура тела в момент обследования:

Дополнение:

8. Способность поддерживать безопасность
Имеются ли нарушения зрения: Да, Нет
Дополнение:

Имеются ли нарушения слуха: Да, Нет
Дополнение:

Имеется ли риск падения: Да, Нет
Дополнение:

9. Существующие (настоящие) проблемы пациента *(выделяются на основании жалоб пациента, оценки физиологических данных)*

10. Приоритетная проблема

11. Потенциальные проблемы

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						
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. ПОСЕТИТЕЛИ:						
- есть						
- нет						

