

КАРТА

ПЕРВИЧНОГО СЕСТРИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

ПП.02.04. Лечение пациентов детского возраста

ФИО больного _____ Возраст _____

Сестринский диагноз: _____

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

ФИО обучающегося _____

Группа № _____

Проверил преподаватель _____

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)

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

Заботится ли о своей внешности (да, нет) _____

Способность самостоятельно умываться 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)

ПОДДЕРЖАНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ
ТЕЛА

Озноб (да, нет)

Чувство жара (да, нет)

Дополнительные замечания сестры

Температура тела

ПРОБЛЕ

МА

ВЫЯВЛЕ

НА

БЕЗОПАСНОСТЬ

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)

ПРОБЛЕ

МА

ВЫЯВЛЕ

НА

Что дает облегчение?

Дополнительные замечания
сестры

ДВИЖЕНИЕ

Передвигаться
самостоятельно (да, нет)
Передвижение с помощью

Ходит до туалета (да, нет)
Поворачиваться в постели
(да, нет)

Дополнительные
замечания сестры

ОБЩЕНИЕ

Поддержка семьи (да, нет)
Поддержка вне семьи _____

Трудности при общении
(да, нет) _____

Дополнительные замечания
сестры

ОТДЫХ И ТРУД

Учится (да, нет)

Дополнительные
замечания сестры

Двигательный режим (общий,
палатный, постельный, строгий
постельный)

Положение в постели

(активное, пассивное, вынужденное,
специальное)

ПРОБЛЕМА
ВЫЯВЛЕНА

Сознание _____

Речь (нормальная, нарушена,
отсутствует)

Память _____

Зрение (нормальное, нарушено)

Слух (нормальный, снижен)

ПРОБЛЕМА
ВЫЯВЛЕНА

Успеваемость _____

Увлечения _____

ПРОБЛЕМА
ВЫЯВЛЕНА

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** _____