

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

**СЕСТРИНСКАЯ КАРТА
СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО**

ПП.03.01. Основы реаниматологии

Фамилия, имя, отчество обучающегося

Группа № _____

Курс _____ IV _____

Специальность _____ 34.02.01 _____

_____ Сестринское дело _____

Руководитель практической
подготовки обучающихся

г. Пятигорск

2024 г.

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. Аллергоанамнез:

- 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

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						

Сестринские диагнозы:

Профилактические рекомендации пациенту при выписке из стационара
(указываются необходимые пациенту профилактические мероприятия с учетом
имеющегося заболевания, факторов риска, особенностей образа жизни)
