

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

## СЕСТРИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

ПП.04 Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и  
наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях

Фамилия, имя, отчество обучающегося

---

---

---

Группа № \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_ III \_\_\_\_\_

Специальность \_\_\_\_\_ 34.02.01 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Сестринское дело \_\_\_\_\_

Руководитель практической  
подготовки обучающихся

---

г. Пятигорск

2025 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

---

---

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 \_\_\_\_\_

---

---

---

---



## Лист дополнительных исследований

[illegible]

## Лист фармакотерапии

[illegible]

# ТЕМПЕРАТУРНАЙ ЛИСТ

Ф.И.О. больного _____	Палата № _____
-----------------------	----------------

Дата			
День болезни			
День. преб. в стац.			
Д	П	АД	Т
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			

## ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ

Ф.И.О. больного \_\_\_\_\_

Отметки о нарушениях	Даты					
<b>1. СОЗНАНИЕ:</b>						
- ясное						
- спутанное						
<b>2. СОН:</b>						
- нормальный						
- нарушен						
<b>3. НАСТРОЕНИЕ:</b>						
<b>4. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ:</b>						
- без изменений						
- пролежни						
- опрелости						
- расчесы						
- цвет кожи						
<b>5. ТЕМПЕРАТУРА:</b>						
<b>6. ДЫХАНИЕ (ЧДД):</b>						
- кашель						
- мокрота						
- одышка						
<b>7. ПУЛЬС:</b>						
<b>8. АД:</b>						
<b>9. БОЛЬ</b>						
- без изменений						

- усилилась						
- уменьшилась						
<b>10. ВЕС (в цифрах):</b>						
<b>11. СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ (в цифрах):</b>						
<b>12. ПОТРЕБЛЕНИЕ ЖИДКОСТИ (в цифрах):</b>						
<b>13. АППЕТИТ</b>						
- сохранен						
- повышен						
- снижен						
<b>15. ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ:</b>						
- самостоятельно						
- требуется помощь						
<b>16. ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА:</b>						
- самостоятельно						
- требуется помощь						
<b>17. СТУЛ:</b>						
<b>18. МОЧЕИСПУСКАНИЕ:</b>						
- свободное						
- затруднено						
- болезненное						
- недержание						
- цвет мочи						
- прозрачность мочи						
<b>19. КУПАНИЕ:</b>						

- душ, ванна						
- частично						
- самостоятельно						
- требуется помощь						
<b>20. ЖИВОТ:</b>						
- мягкий						
- вздут						
- напряжен						
<b>21. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВВЕДЕНИИ ЛЕКАРСТВ:</b>						
- местные						
- общие						
<b>22. ПОСЕТИТЕЛИ:</b>						
- 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)

---

---

---

---

---

---

---

---