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

2026 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

_____

_____Дополнен

ие (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

Дополнительное исследование, назначенно врачом	Диагностическая значимость	Подготовка пациента

Лист фармакотерапии

Наименование препарата	Назначенная доза и кратность приема	Действие препарата, особенности приема	Возможные побочные действия

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																															

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)*

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____