

# КАРТА СЕСТРИНСКОГО УХОДА

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА ПМ. 02 МДК 02.01  
«Сестринский уход при различных заболеваниях и  
состояниях: в хирургии»

ГРУППА \_\_\_\_\_

ОТДЕЛЕНИЕ: **ОЧНОЕ/ОЧНО – ЗАОЧНОЕ** (подчеркнуть)

Ф.И.О. СТУДЕНТА \_\_\_\_\_

БАЗА ПРАКТИКИ

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дата проверки карты сестринского ухода « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Оценка \_\_\_\_\_

Подпись методического руководителя \_\_\_\_\_

## **Заполните карту сестринского ухода курируемого пациента.**

Прежде чем Вы приступите к заполнению сестринской истории болезни, еще раз повторите основные направления в работе:

1. При **обследовании** пациента четко разделять *субъективное* - на основе опроса и *объективное* - на основе обследования. Опрашивать пациента, членов семьи, знакомиться с медицинской документацией.
  2. При выяснении **проблем пациента** (сестринские диагнозы) выделять: физические (кровотечение, боль, головокружение, потеря аппетита, кашель, рвота, запор и т.д.), психосоматические (страх смерти, обилие несуществующих жалоб и т.д.), социально-духовные (социальное окружение, общение, досуг и т.д.), эмоциональные (плаксивость, нервозность и т.д.).
  3. При **планировании ухода** четко определять основные, сопутствующие, потенциальные проблемы и обязательно - приоритетную проблему. При определении целей - что делать первоначально, время для решения проблем, с чьей помощью решать проблему.
  4. При **выполнении** - четко делить на независимое самостоятельное решение проблем (общий уход, обучение родственников правилам общего ухода за больным и т.п.), зависимое (выполнение назначений врача), взаимозависимое (привлечение других служб к уходу за пациентом).
  5. При **оценке результатов** указывать - цель: достигнута, достигнута частично, не достигнута.
- . Предлагаемый перечень основных человеческих потребностей, исходя из которых выделяются проблемы пациента:
- Нормальное дыхание
  - Адекватное питание и питье
  - Физиологические отправления
  - Движение
  - Сон
  - Одежда: способность одеваться, раздеваться, выбирать.
  - Личная гигиена (быть чистым).
  - Поддержание нормальной температуры тела
  - Поддержание безопасности окружающей среды
  - Общение
  - Труд и отдых.

## Лист сестринской оценки состояния пациента

<i>Отделение</i>	<i>Дата начала курации</i>
<i>№ палаты</i>	<i>Дата окончания курации</i>

### Информация о пациенте

<p><b>Ф.И.О. пациента</b></p> <p><b>Возраст:</b></p> <p><i>Дата поступления в клинику</i></p>
<p><b>Врачебный диагноз:</b></p>
<p><b>Аллергический анамнез:</b></p> <p><i>непереносимость пищи</i> <i>(какой)</i> _____</p> <p><i>лекарственных препаратов (каких)</i> _____</p> <p><i>предметов бытовой химии (каких)</i> _____</p> <p><i>другие</i> <i>аллергены</i> _____</p>
<p><b>Факторы риска</b></p> <p><i>Профессиональные</i></p> <p><i>Экологические</i></p> <p><i>Наследственные</i></p> <p><i>Вредные привычки</i></p> <p><i>Другие</i></p>
<p><b>Отношение к интоксикациям:</b></p>

алкоголь _____	наркотики _____
табакокурение _____	злоупотребление кофе _____
токсикомании _____	злоупотребление лекарственными препаратами _____
Наследственность (АГ, сахарный диабет и т.д.) _____	
<b>Эпидемиологический анамнез:</b>	
Туберкулёз _____	гепатит _____
	другие инфекции _____
инъекции в течение 6 месяцев до госпитализации _____	

### Состояние пациента при поступлении (первичном осмотре)

#### 1. Дыхание

Имеются ли проблемы с органами дыхания?	Да [Символ]
Замечания:	Нет [Символ]
Одышка:	Да [Символ]
Замечания:	Нет [Символ]
АД	
Частота пульса в 1 мин	
<i>симметричность</i> _____	
<i>ритмичность</i> _____	
<i>частота</i> _____	
<i>наполнение</i> _____	
<i>напряжение</i> _____	
ЧДД в 1 мин	
Замечания:	
Боли в сердце	Есть [Символ]
	Нет [Символ]

Является ли курильщиком	Да [Символ]
Замечания:	Нет [Символ]
Кашель	Да [Символ]
Замечания:	Нет [Символ]
Требуется ли кислород?	Да [Символ]
Замечания:	Нет [Символ]
Требуется ли специальное положение в постели?	Да [Символ]
Замечания:	Нет [Символ]

## 2 Пищеварение

Есть ли жалобы на боли в животе?	Да [Символ]
Замечания	Нет [Символ]
Были ли операции на органах брюшной полости?	Да [Символ]
Замечания:	Нет [Символ]
Питание и питье. Нужно ли обращение к диетологу?	Да [Символ]
Дата обращения:	Нет [Символ]
Замечания:	
Требуется ли специальный совет по поводу диеты?	Да [Символ]
Замечания:	Нет [Символ]
Питается через рот	Да [Символ]
Замечания:	Нет [Символ]
Питается через гастростому	Да [Символ]
Замечания:	Нет [Символ]
Находится на парентеральном питании	Да [Символ]
Замечания:	Нет [Символ]
Наличие интоксикации	Да [Символ]
Замечания:	Нет [Символ]
Употребление алкоголя	Да [Символ]
Замечания:	Нет [Символ]
Имеются ли зубы?    Верх:            Низ:            Полностью [Символ]	Да [Символ]
Замечания:	Нет [Символ]
Имеются ли съемные зубные протезы?    Верх:            Низ:            Полностью [Символ]	Да [Символ]

Замечания:	Нет [Символ]
------------	--------------

### 3. Физиологические отправления

Функционирование мочевого пузыря (частота, ночное время):	
Замечания:	
Функционирование кишечника (регулярность):	
Замечания:	
Искусственное отверстие (колостома, цистостома):	Да [Символ]
Указать, какие используются устройства:	Нет [Символ]
Замечания:	
Постоянный катетер:	Да [Символ]
Замечания:	Нет [Символ]
Недержание мочи:	Да [Символ]
Замечания:	Нет [Символ]
Недержание кала: (Дать комментарии по любому случаю отступления от обычных условий).	Да [Символ]
Замечания:	Нет [Символ]

### 4. Двигательная активность

Зависимость	Полностью [Символ]
Замечания:	Частично [Символ]
	Независим [Символ]

### 5. Способность одеться, раздеться, выбрать одежду, осуществлять личную ГИГИЕНУ.

Способность выполнять самостоятельно:	
Мытье всего тела	Да [Символ]
	Нет [Символ]
Принятие ванны	Да [Символ]
	Нет [Символ]
Одевание	Да [Символ]
	Нет [Символ]
Ухаживание за полостью рта	Да [Символ]
	Нет [Символ]

Замечания:	
Гигиена рта (состояние рта)	
Замечания:	
Состояние кожи (язвы, сухость)	
Замечания:	
<b>Провести оценку риска развития пролежней:</b>	<input type="checkbox"/> Да [Символ] <input type="checkbox"/> Нет [Символ]
Замечания:	

### 6. Способность поддерживать нормальную температуру тела.

Температура тела:	<input type="checkbox"/> Повышена [Символ]
-------------------	--

### 7. Потребность трудиться и отдыхать.

Грудоспособность сохранена?	<input type="checkbox"/> Да [Символ]
Замечания:	<input type="checkbox"/> Нет [Символ]
Если потребность в работе?	<input type="checkbox"/> Да [Символ]
Замечания:	<input type="checkbox"/> Нет [Символ]
Приносит ли работа удовлетворение?	<input type="checkbox"/> Да [Символ]
Замечания:	<input type="checkbox"/> Нет [Символ]
Увлечения:	<input type="checkbox"/> Да [Символ]
Замечания:	<input type="checkbox"/> Нет [Символ]
Есть ли возможность реализовать свои увлечения?	<input type="checkbox"/> Да [Символ]
Замечания:	<input type="checkbox"/> Нет [Символ]

### 18. Возможность общения.

Имеются ли трудности при общении с речью?	<input type="checkbox"/> Да [Символ]
Замечания:	<input type="checkbox"/> Нет [Символ]
Имеются ли трудности со слухом?	<input type="checkbox"/> Да [Символ]
Замечания:	<input type="checkbox"/> Нет [Символ]
Есть ли нарушение зрения?	<input type="checkbox"/> Да [Символ]
	<input type="checkbox"/> Нет [Символ]
Пользуется очками	<input type="checkbox"/> Да [Символ]
	<input type="checkbox"/> Нет [Символ]

Контактные линзы	Да [Символ]
	Нет [Символ]

**Нарушенные потребности:**

---

**Сестринский диагноз:**





## Лист наблюдения

Ф.И.О.

больного \_\_\_\_\_

Дни в стационаре	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Дата												
Сознание: <i>ясное</i>												
<i>Спутанное</i>												
<i>Отсутствует</i>												
Настроение												
Температура												
Кожн. покр.:												
<i>Бледные/гиперемия/цианоз/желтушн.</i>												
Дыхание / ЧДД												
Кашель												
Пульс												
АД <i>правая</i>												
<i>левая</i>												
Суточный диурез.												
Физиологические отправления: <i>стул</i>												
<i>Мочейспускание</i>												
Купание: <i>ванна/душ</i>												
<i>Частично в постели</i>												
Полная независимость												

**Условные обозначения:**

(+) наличие, (-) отсутствие симптома действия;  
настроение и аппетит – **Н**

Цвета кожных покровов – **Г**(гиперемирована),

**Ц** (цианоз),

**Ж** (желтушность),

**Б** (бледная).

Температура тела обозначается цифрой – **36,8**

## ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ

<b>Дата</b>	<b>Проблемы пациента на сегодняшний день, а также психологические</b>	<b>План наблюдения</b>	<b>Мероприятия по уходу</b>	<b>Оценка работы</b>

--	--	--	--	--

## ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ

<b>Дата</b>	<b>Проблемы пациента на сегодняшний день, а также психологические</b>	<b>План наблюдения</b>	<b>Мероприятия по уходу</b>	<b>Оценка работы</b>

--	--	--	--	--

## ДНЕВНИК РАБОТЫ СТУДЕНТА

<b>Дата</b>	<b>Рабочее место</b>	<b>Выполненная работа</b>	<b>Подпись медицинской сестры</b>

--	--	--	--



# Сестринский эпикриз

За время наблюдения у пациента \_\_\_\_\_ были выявлены следующие проблемы:

---

---

---

---

---

---

---

---

- *Из них являются настоящими*

---

---

---

---

---

---

---

---

- *Из них являются потенциальными*

---

---

---

---

---

---

---

---

- *Приоритетными являются*

---

---

---

---

---

---

---

---

- *Решены следующие проблемы*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- *Остались не решенными*

---

---

---

---

\_\_\_\_Рекомендации пациенту:

Рекомендации родственникам: