

Учебная документация к осуществлению ухода за пациентом

I. Титульный лист

Наименование лечебного учреждения _____

Дата поступления _____

Отделение _____ палата _____

Непереносимость лекарственных препаратов _____

Перенесенные заболевания: болезнь Боткина, туберкулез, венерические
заболевания, сахарный диабет, прочие _____

Ф.И.О. _____

Возраст _____

Постоянное место жительства _____

Место работы, профессия, должность _____

Телефон экстренной связи _____

Кем направлен _____

Клинический диагноз _____

Студент _____

Курс _____

Группа _____

Подпись преподавателя _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

II. Лист первичного обследования

Жалобы _____

История болезни:

когда началось _____

как началось _____

как протекало _____

<p style="text-align: center;">Дыхание</p> <p><i>Субъективные данные:</i> Одышка: да нет Кашель: да нет Мокрота: да нет Требуется ли специальное положение в постели (да, нет)</p> <p>Дополнения / Замечания сестры _____ _____ _____</p>	<p><i>Объективные данные:</i> Окраска кожных покровов и слизистых _____ Частота дыхания _____ Глубина дыхания _____ Ритм дыхания _____ Одышка (экспираторная, инспираторная, смешанная) Мокрота (гнойная, кровянистая, серозная, пенистая), запах (да, нет) Пульс _____ в мин.; ритмичный, аритмичный АД _____ мм. рт. ст.</p>	<p>Проблема выявлена</p>
<p style="text-align: center;">Питание и питье</p> <p><i>Субъективные данные:</i> Жажда: да нет Аппетит (сохранен, повышен, понижен, отсутствует) Что предпочитает _____ _____</p> <p>Погрешности в диете (да, нет) Диспепсия (изжога, отрыжка, тошнота, рвота) Сухость во рту (да, нет) Способность самостоятельно питаться (да, нет) Дополнения / Замечания сестры _____</p>	<p><i>Объективные данные:</i> Диета № _____ Рост _____ Вес _____</p> <p>Суточное потребление жидкости _____ Характер рвотных масс _____ _____ Зубные протезы (да, нет) Нарушения жевания (да, нет) Нарушения глотания (да, нет) Гастростома (да, нет)</p>	<p>Проблема выявлена</p>
<p style="text-align: center;">Выделение</p> <p>Кратность стула _____ Характер стула (жидкий, оформленный) Патологические примеси _____ _____</p> <p>Недержание кала (да, нет) Мочеиспускание (нормальное, болезненное, затруднено, недержание, недержание) Суточное количество _____ _____</p> <p>Встает ночью (да, нет) Способность самостоятельно пользоваться туалетом (да, нет) Дополнения / Замечания сестры _____</p>	<p>Колостома (илеостома) Вздутие живота (да, нет) Характер мочи (обычная, мутная, цвета пива, мясных помоев) Катетер _____ _____ Цистостома (да, нет) Отеки (да, нет) _____ _____ _____</p>	<p>Проблема выявлена</p>

<p style="text-align: center;">Сон</p> <p>Сон (не нарушен, прерывистый, быстрое пробуждение, засыпание под утро, бессонница) Постельный комфорт (да, нет)</p> <hr/> <p>Дополнения / Замечания сестры</p> <hr/>	<p>Спит ночью Да нет</p> <p>Днем Да нет</p>	<p style="text-align: center;">Проблема выявлена</p>
<p style="text-align: center;">Гигиена и смена одежды</p> <p>Зуд (да, нет) Локализация _____</p> <hr/> <p>Заботится ли о своей внешности</p> <hr/> <p>Способность самостоятельно умыться и причесываться, ухаживать за полостью рта, мыть все тело, переодеваться</p> <p>Дополнения / Замечания сестры</p> <hr/>	<p>Состояние кожи и слизистых: (нормальная, сухая, влажная). Цвет (обычный, бледность, цианоз, гиперемия, желтушность). Тургор Пролежни _____</p> <hr/> <p>Другие дефекты (расчесы, опрелости)</p> <hr/> <p>Слизистые оболочки _____ Запах изо рта (да, нет) Белье (чистое, грязное) Санитарная обработка (полная, частичная)</p>	<p style="text-align: center;">Проблема выявлена</p>
<p style="text-align: center;">Поддержание температуры тела</p> <p>Озноб (да, нет) Чувство жара (да, нет)</p> <p>Дополнения / Замечания сестры</p> <hr/>	<p>Температура тела _____</p>	<p style="text-align: center;">Проблема выявлена</p>
<p style="text-align: center;">Безопасность</p> <p>Факторы риска: Аллергия _____ Курение _____ Алкоголь (избыточно) Падения (да, нет) Частые стрессовые ситуации (да, нет) Другие _____</p> <hr/> <p>Отношения к болезни</p> <hr/> <p>Способность самостоятельно принимать лекарства _____</p> <hr/> <p>Потребность в информации</p> <hr/> <p>Боль _____ Что дает облегчение _____</p> <hr/> <p>Дополнения / Замечания сестры</p> <hr/>	<p>Ориентация во времени и пространстве, собственной личности (да, нет, бывают эпизоды дезориентации) Резервы: очки, линзы, слуховой аппарат, съемные зубные протезы, трость, другие _____</p> <hr/> <p>Способность самостоятельно поддерживать свою безопасность (да, нет)</p> <hr/>	<p style="text-align: center;">Проблема выявлена</p>

<p style="text-align: center;">Движение</p> <p>Передвигается самостоятельно (да, нет) Передвигается с помощью _____</p> <p>Ходить до туалета (да, нет) Поворачивается в постели (да, нет)</p> <p>Дополнения / Замечания сестры _____ _____</p>	<p>Двигательный режим (общий, палатный, постельный, строгий постельный) Положение в постели (активное, пассивное, вынужденное, специальное)</p>	<p style="text-align: center;">Проблема выявлена</p>
<p style="text-align: center;">Общение</p> <p>Семейное положение _____</p> <p>Поддержка семьи (да, нет) Поддержка вне семьи _____</p> <p>Трудности при общении _____</p> <p>Дополнения / Замечания сестры _____ _____</p>	<p>Сознание _____</p> <p>Речь (нормальная, нарушена, отсутствует) Память _____</p> <p>Зрение (нормальное, нарушено) Слух (нормальный, снижен)</p>	<p style="text-align: center;">Проблема выявлена</p>
<p style="text-align: center;">Отдых и труд</p> <p>Досуг _____</p> <p>Трудоспособность (да, нет) Дополнения / Замечания сестры _____ _____</p>		<p style="text-align: center;">Проблема выявлена</p>

Физиологические отправления: стул мочеиспускание								
Купание: ванна, душ частично в постели								
Полная независимость								
Осмотр на педикулез								
Посетители								

Условные обозначения:

- (+) наличие;
- (-) отсутствие симптома действия;
- настроение и аппетит –**N**
- цвет кожных покровов – **Г** (гиперемированная);

Ц (цианоз);

Ж (желтушность);

Б (бледная).

Температура тела обозначается цифрой – 36,8.

КАРТА УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ

Дата	Проблемы пациента на сегодняшний день (потребность в уходе)	Мероприятия по уходу

КАРТА УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ

Дата	Проблемы пациента на сегодняшний день (потребность в уходе)	Мероприятия по уходу

КАРТА УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ

Дата	Проблемы пациента на сегодняшний день (потребность в уходе)	Мероприятия по уходу