САНКТ – ПЕТЕРБУРГСКОЕ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«МЕДИЦИНСКИЙ ТЕХНИКУМ № 2»

Карта сестринского ухода за пациентом хирургического стационара

2017

Защищена «___» _____20_ г. Ф.И.О. студента _____

курс _____ группа _____ бригада_____

Название ЛПУ _____

Отделение_____

Время прохождения практики_____

Оценка_____ Методический руководитель

_____

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 первостепенно, 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

Отделение	***Дата начала курации***
№ палаты	***Дата окончания курации***

Информация о пациенте

Ф.И.О. пациента

Возраст:

Дата поступления в клинику

Врачебный диагноз:

Аллергический анамнез:

*непереносимость пищи (какой)*_____

лекарственных препаратов (каких)
_____

предметов бытовой химии (каких)
_____

*другие аллергены*_____

Факторы риска

Профессиональные

Экологические

Наследственные

Вредные привычки

Другие

***Отношение к интоксикациям*:**

*алкоголь*_____*наркотики*_____ *табакокурение*_____ *злоупотребление кофе* _____ *токсикомании* _____ *злоупотребление лекарственными препаратами*_____ Наследственность (АГ, сахарный диабет и т.д.) _____
***Эпидемиологический анамнез*:** *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? Замечания:	Да [Символ] Нет [Символ]
Одышка: Замечания:	Да [Символ] Нет [Символ]
АД Частота пульса в 1 мин *симметричность* _____ ___ *ритмичность* _____ *частота* _____ *наполнение* _____ *напряжение* _____ ЧДД в 1 мин Замечания:	

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

2 Пищеварение

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

Имеются ли зубы? Верх: Низ: Полностью [Символ] Замечания:	Да [Символ] Нет [Символ]
Имеются ли съемные зубные протезы? Верх: Низ: Полностью [Символ] Замечания:	Да [Символ] Нет [Символ]

3. Физиологические отправления

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

4. Двигательная активность

Зависимость Замечания:	Полностью [Символ] 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]

Ухаживание за полостью рта Замечания:	Нет [Символ] Да [Символ] Нет [Символ]
Гигиена рта (состояние рта) Замечания:	
Состояние кожи (язвы, сухость) Замечания:	
Провести оценку риска развития пролежней: **Замечания:**	**Да** [Символ] **Нет** [Символ]

6. Способность поддерживать нормальную температуру тела.

Температура тела:	Повышена [Символ]

7. Потребность трудиться и отдыхать.

Трудоспособность сохранена? Замечания:	Да [Символ] Нет [Символ]
Если потребность в работе? Замечания:	Да [Символ] Нет [Символ]
Приносит ли работа удовлетворение? Замечания:	Да [Символ] Нет [Символ]
Увлечения: Замечания:	Да [Символ] Нет [Символ]
Есть ли возможность реализовать свои увлечения? Замечания:	Да [Символ] Нет [Символ]

18. Возможность общения.

Имеются ли трудности при общении с речью? Замечания:	Да [Символ] Нет [Символ]
Имеются ли трудности со слухом? Замечания:	Да [Символ] Нет [Символ]
Есть ли нарушение зрения?	Да [Символ]

Пользуется очками	Нет [Символ] Да [Символ]
Контактные линзы	Нет [Символ] Да [Символ] Нет [Символ]

Нарушенные потребности:

Сестринский диагноз:

ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

Карта №_____Фамилия, имя, отчество больного_____палата №____

Дата																																
День болезни																																
День пребыв.в стационаре			1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16	
			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	у	в	у	в
Пульс	АД	Т																														
140	**280**	**41**																														
120	**175**	**40**																														
100	**150**	**39**																														
90	**125**	**38**																														
80	**100**	**37**																														
70	**75**	**36**																														
60	**50**	**35**																														
Дыхание																																
Вес																																
Выпито жидкости																																
Суточное кол-во мочи																																
Стул																																

Лист наблюдения

Ф.И.О.
больного_____

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

Условные обозначения:

(+) наличие, **(-)** отсутствие симптома действия;
настроение и аппетит – **N**
Цвета кожных покровов – **Г**(гиперемирована),
Ц (цианоз),
Ж (желтушность),
Б (бледная).
Температура тела обозначается цифрой – **36,8**

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ

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

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ

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

ДНЕВНИК РАБОТЫ СТУДЕНТА

Дата	Рабочее место	Выполненная работа	Подпись медицинской сестры

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: