ПО АНО
«Республиканский многопрофильный медицинский колледж»

СЕСТРИНСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА

(УЧЕБНАЯ)

Проверил
Метод. руководитель
Ф.И.О. _____
Дата _____
Роспись _____

Выполнил
Студент (ка)
Ф.И.О. _____
Курс ____группа_____
Дата _____

Наименование лечебного учреждения _____
_____
Дата и время поступления_____
Дата и время выписки_____
Отделение _____ палата _____
Переведен в отделение_____
Проведено сколько дней _____
Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти
(подчеркнуть)
Группа крови _____ Резус-принадлежность_____
Побочное действие лекарств_____
(название препарата, характер побочного действия)

---

*1.*Ф.И.О._____
2. Пол _____
3. Возраст _____
(полных лет, для детей: до I года - месяцев, до Iмесяца - дней)

4. Место жительства:_____
(вписать адрес регистрации и проживания, адрес родственников и № телефона)

_____

5. Место работы, профессия или должность (для учащихся - место учебы; для детей - название детского учреждения, школы _____
_____
для инвалидов род и группа инвалидности, И.О.В., да, нет
(подчеркнуть)_____
__ _____
6. Кем направлен больной_____
_____
*7.*Направлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет через _____ часов после начала заболевания, получения травмы; госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).
8. Врачебный диагноз_____
_____
_____
_____

I этап. Сбор информации
А. Субъективное обследование
1. Причина обращения: мнение больного о своем состоянии, ожидаемый результат_____
_____
2. Источник информации (подчеркнуть): пациент, семья, медицинские документы, медперсонал и др. источники _____
возможность пациента общаться: да, нет
речь (подчеркнуть): нормальная, отсутствует, нарушена
зрение (подчеркнуть): нормальное, снижено, отсутствует
слух (подчеркнуть): нормальный, снижен, отсутствует
3. Жалобы пациента:
в настоящий момент
_____
_____
_____

_____
_____

4. История болезни:

когда и как появились первые признаки болезни_____
_____

как протекало (последовательность проявления симптомов)

_____
_____

проводимые исследования

_____
_____
_____

лечение, его эффективность_____
_____
_____

5.История жизни ребенка:

от какой беременности, как закончились предыдущие:

_____
_____

как протекала беременность:_____
_____

как протекали роды (состояние при рождении, вес, рост, оценка по Апгар, когда закричал):_____
_____

на какие сутки выписали из роддома, сделана ли прививка БЦЖ:_____
_____

как заживала пупочная ранка:_____
_____

особенность вскармливания на первом году жизни:_____
_____
_____

профилактические прививки: _____
_____
_____

перенесенные заболевания до этого:_____
_____
_____
_____

особенности питания до этого (что предпочитает)_____
_____
_____
_____

отношения в семье:_____
_____

особенности характера ребенка (что любит, что поможет перенести ребенку разлуку с близкими):_____
_____
_____
_____

Эпидемиологический анамнез: _____
(Инф. заболевания, туберкулез, венерические заболевания, гемотрансфузии, выезд за пределы города,

_____

контакт с инфекционными больными за последние 6 месяцев)

_____

Аллергоанамнез:

непереносимость пищи:_____

_____

_____

непереносимость лекарств:_____

_____

_____

непереносимость бытовой химии:_____

_____

_____

особенности питания (что предпочитает):_____

_____

_____

Привычные интоксикации в семье:

курение:_____алкоголь:_____

наркотики:_____

Наследственность:_____

(наличие у кровных родственников заболеваний)

_____

1.2. Объективное обследование

(нужное подчеркнуть)

1.Сознание: ясное, спутанное, отсутствует

2.Положение в постели: активное, пассивное, вынужденное

3. Рост: _____4.Вес:_____5.Температура:_____

6. Состояние кожи и слизистых:_____

_____

тургор, влажность, цвет_____

(гиперемия, бледность, цианоз, желтушность)

дефекты (пролежни) - да, нет

отеки - да, нет

7.Лимфоузлы (увеличены): - да, нет.

8.Костно-мышечная система:

деформация скелета - да, нет

деформация суставов - да, нет.

атрофия мышц - да, нет

9. Дыхательная система:

изменение голоса - да, нет

Частота дыхательных движений:_____

дыхание - глубокое, поверхностное

дыхание ритмичное - да, нет

характер одышки: экспираторная, инспираторная, смешанная

экскурсии грудной клетки: симметричность – да, нет

кашель - да, нет

мокрота - да, нет

характер мокроты: гнойная, геморрагическая, серозная, пенистая, слизистая

запах (специфический) - да, нет

дыхание (везикулярное, жесткое) хрипы (наличие, отсутствие)

10. Сердечно-сосудистая система:
Пульс _____симметричность - да, нет;
ритм_____напряжение_____наполнение___
Частота сердечных сокращений:_____Дефицит пульса: _____
АД на обеих руках: **левая _____правая _____**
11.Желудочно-кишечный тракт:
аппетит - не изменен, снижен, отсутствует, повышен;
глотание: нормальное, затруднено;
съемные зубные протезы - да, нет
язык: обложен - да, нет
рвота: да, нет
характер рвотных масс _____
стул - оформлен, запор, понос, недержание (примеси: слизь, кровь, гной);
живот обычной формы - да, нет
увеличен в объеме: метеоризм, асцит
асимметричен - да, нет
напряжен - да, нет
12. Мочевыделительная система:
мочеиспускание: свободное, затруднено, болезненно, учащено;
цвет мочи - обычный, изменен (гематурия, цвета «пива», «мясных помоев») прозрачность - да, нет
13. Эндокринная система: характер оволосения: мужской, женский;
распределение подк. жир.клетчатки: мужской, женский
14. Нервная система: сон - нормальный, бессонница, беспокойный; длительность:
Тремор - да, нет.
Нарушение походки - да, нет
парезы, параличи - да, нет

Основные потребности человека
Нарушенные подчеркнуть
Дышать, есть, пить, выделять, двигаться, поддерживать состояние, поддерживать температуру, спать, отдыхать, одеваться и раздеваться, быть чистым, избегать опасности, общаться, поклоняться, работать (играть, учиться)
Дополнительные методы обследования
Лабораторные:
Общий анализ крови:
Нв:_____СОЭ:_____
Эритроциты:_____Лейкоциты:___
Цветовой показатель:_____
Общий анализ мочи:
Удельный
вес:_____Цвет:_____
Эритроциты:_____Лейкоциты:_____
Биохимическое исследование крови:_____
_____
_____
Инструментарные:
_____
_____
_____
_____

Лист динамической оценки пациента

Ф.И.О. *пациента*_____

Дата / *Дни в стационаре*	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Сознание: *ясное, спутанное,отсутствует*										
Настроение										
Сон: *нормальный, нарушенный*										
Температура										
Кожные покровы: *без изменений, дефекты; бледн., гипер., циан., желт.*										
Дыхание (ЧДД)										
Кашель										
Мокрота										
Одышка										
Пульс (ЧСС)										
АД										
При сахарном диабете **: Уровень сахара в крови**										
Боль										
Вес										
Суточный диурез										
Принято жидкости										
Водный баланс										
Прием пищи: *самостоятельно, требуетсяпомощь*										
Двигательная активность: *самостоятельно, требуется помощь (костыль, трость, каталка)*										
Личная гигиена: *требуется помощь, самостоятельно*										
Физиологические отправления *стул, мочеиспускание*										
Купание*: душ, ванна, частично (в постели)*										
Полная независимость										
Осмотр на педикулез										
Посетители										

Условные обозначения:*Температура, пульс, ЧДД, АД… – цифровая запись*

Кашель, сон . – (+) или (-) в соответствующей графе

Настроение – N, ↓N или ↑N

ДИЕТА _____

Показание:_____
_____
_____
_____
Назначения:_____
_____
_____
_____
_____
_____
Характеристика:_____
_____
_____
_____

ФИТОТЕРАПИЯ

Лекарственные растения, обладающие направленным действием и рекомендуемые больному.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Оценка принимаемого лекарства
Ф. И. О. _____
Диагноз _____

Характер препарата	**I**	**II**
Название		
Группа препаратов		
Фармакологическое действие		
Показания		
Противопоказания		
Способ применения		
Особенности применения (введения)		
Побочные действия		

КАРТА СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Диагноз: _____

Ф.И.О. больного:_____

Палата: _____

Проблемы пациента (II Этап)	***Цели сестринского ухода (III Этап)***	***Планирование сестринского ухода (III Этап)***	***Реализация сестринского ухода (IV Этап)***	***Оценка эффективности сестринского ухода (V Этап)***
Настоящие: **Приоритетные:** Потенциальные:	Краткосрочные: Долгосрочные:			