

**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 1 года - месяцев, до 1 месяца - 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**

### **A. 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 пережить 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, пеннистая, 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;

съёмные 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
<b>Сознание:</b> <i>ясное, спутанное, отсутствует</i>										
<b>Настроение</b>										
<b>Сон:</b> <i>нормальный, нарушенный</i>										
<b>Температура</b>										
<b>Кожные покровы:</b> <i>без изменений, дефекты; бледн., гипер., циан., желт.</i>										
<b>Дыхание (ЧДД)</b>										
<b>Кашель</b>										
<b>Мокрота</b>										
<b>Одышка</b>										
<b>Пульс (ЧСС)</b>										
<b>АД</b>										
<b>При сахарном диабете : Уровень сахара в крови</b>										
<b>Боль</b>										
<b>Вес</b>										
<b>Суточный диурез</b>										
<b>Принято жидкости</b>										
<b>Водный баланс</b>										
<b>Прием пищи:</b> <i>самостоятельно, требуется помощь</i>										
<b>Двигательная активность:</b> <i>самостоятельно, требуется помощь (костыль, трость, каталка)</i>										
<b>Личная гигиена:</b> <i>требуется помощь, самостоятельно</i>										
<b>Физиологические отправления</b> <i>стул, мочеиспускание</i>										
<b>Купание:</b> <i>душ, ванна, частично (в постели)</i>										
<b>Полная независимость</b>										
<b>Осмотр на педикулез</b>										
<b>Посетители</b>										

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** \_\_\_\_\_

<b>Характер препарата</b>	<b>I</b>	<b>II</b>
Название		
Группа препаратов		
Фармакологическое действие		
Показания		
Противопоказания		
Способ применения		
Особенности применения (введения)		
Побочные действия		

### КАРТА СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Диагноз: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. больного: \_\_\_\_\_

Палата: \_\_\_\_\_

<i><b>Проблемы пациента (II Этап)</b></i>	<i><b>Цели сестринского ухода (III Этап)</b></i>	<i><b>Планирование сестринского ухода (III Этап)</b></i>	<i><b>Реализация сестринского ухода (IV Этап)</b></i>	<i><b>Оценка эффективности сестринского ухода (V Этап)</b></i>
Настоящие:	Краткосрочные:			
<b>Приоритетные:</b>	Долгосрочные:			
Потенциальные:				