СЕСТРИНСКАЯ КАРТА
стационарного больного
(схема)

Отделение _____Палата _____
Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)
Группа крови _____ Резус-принадлежность _____
Индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов
_____

Ф.И.О._____
Возраст _____Дата поступления _____ _____
Домашний адрес_____
Семейное положение _____
Профессия _____
Врачебный диагноз _____
Клинический диагноз: основное заболевание _____
_____
сопутствующее заболевание _____
осложнение _____
Сестринский диагноз при поступлении: проблемы настоящие, приоритетные
_____
проблемы потенциальные _____
_____

Факторы риска:
- профессиональные _____
- экологические _____
- наследственные _____
- вредные привычки _____

Причина обращения за помощью_____
_____
Жалобы в настоящее время _____
_____
Боль (локализация, характер)_____
_____
Аллергия *(лекарственная, пищевая, бытовая, вид реакции)* _____
_____

История жизни пациента (когда и где родился, как рос и развивался, перенесенные в прошлом заболевания, травмы, операции) туберкулез (да, нет), вирусный гепатит (да, нет) _____
_____
_____
_____

Переносимость лечения:
- как переносит прием лекарственных препаратов внутрь _____
- как переносит инъекции (при необходимости осмотр места инъекции) _____

Переносимость бытовых аллергенов, характер аллергических реакций
_____
Наследственность (здоровье и причина смерти родителей, братьев, сестер)
_____
Бытовые условия _____
Вредные привычки _____
Переливание крови _____
Способность к удовлетворению физиологических потребностей (аппетит, сон, стул, мочеис-

пускание, зрение, слух, память, внимание) _____
Способность к самообслуживанию (способность принимать пищу, готовить пищу, пользоваться туалетом, принимать лекарственные препараты, общая подвижность)
- режим активности (строгий постельный, постельный, полупостельный, общий) _____
- диета _____
- гигиена (самостоятельно, необходима помощь) _____
- сон _____
- аппетит _____
_____
Взаимоотношение с членами семьи (состав семьи, отношение к семье, поддержка родственниками) _____
_____
Отношение к лечению (адекватное, не адекватное) _____
- настроение и настрой на обследование и лечение _____
Другое _____
_____
История заболевания (когда заболел, с чего началось заболевание, как оно протекало, обращение за медицинской помощью, полученное лечение, его эффективность) _____
_____

Больничный быт:
- t^0 - ный режим в палате _____
- удобство постели _____
- взаимоотношения с соседями по палате _____
- наличие раздражающих факторов (шум, освещение и т.д.) _____
- взаимоотношения с мед. персоналом _____

Данные обследования:

1. **Оценка тяжести состояния** (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, угрожаемое для жизни) _____
2. **Сознание** (ясное, заторможено, сопор, кома) _____
3. **Положение в постели** (активное, пассивное, вынужденное) _____
4. **Телосложение** _____
5. **Питание** (пониженное, нормальное, избыточное) _____
6. **Рост** _____ **вес** _____
7. **Тип конституции** _____
8. **Состояние кожи и слизистых оболочек** _____

цвет _____тургор _____ влажность _____
дефекты (рубцы, расчесы, сыпь, гематомы, кровоподтеки, сосудистый рисунок) _____

9. **Органы дыхания:** ЧДД _____

Осмотр: дыхание через нос свободное, затруднено, участие вспомогательной мускулатуры грудной клетки в акте дыхания (втяжение межреберных промежутков, западение надключичных и подключичных ямок, приподнимание плечевого пояса) _____
Характер одышки (экспираторная, инспираторная, смешанная) _____
Характер дыхания (глубокое, поверхностное, ритмичное) _____
Наличие и характер мокроты _____
Пальпация (болезненность грудной клетки)
_____
Аускультация (дыхание везикулярное, ослабленное, резко ослабленное, жесткое, бронхиальное) _____
Хрипы (сухие, влажные, локализация, количество) _____

10. **Органы кровообращения:**

Осмотр (видимая пульсация периферических сосудов, пульсация верхушечного толчка сердца) _____
Пальпация (пульс - синхронность, частота, ритм, наполнение, напряжение)_____
_____АД на обеих руках: правая _____ левая _____

11. **Органы пищеварения:**
Осмотр (язык, зубы, десны, небо, акт глотания) _____
Живот (форма, величина, симметричность, участие в акте дыхания) _____
Пальпация живота (мягкий, напряжен, болезненность, другое) _____
Пальпация печени (пальпируется, не пальпируется, выступает из под реберного края на _____ см) _____
Стул со слов пациента (форма, консистенция, цвет, объем, количество, раз/сут) _____

12. **Мочевыделительная система** (симптом Пастернацкого, количество мочеиспусканий/ сут) _____

13. **Эндокринная система:**
Видимое увеличение щитовидной железы _____

14. **Костно-мышечная система** (деформация скелета, суставов, атрофия мышц) _____

15. **Локальный статус**
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

План мероприятий по уходу

Перечисляются основные действия медицинской сестры по уходу и созданию психотерапевтической установки на выздоровление (режим, диета, СПЭР, личная гигиена, фармакотерапия, другие виды и способы наблюдения и лечения согласно листа назначения).

ДНЕВНИК СЕСТРИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Дата										
	1 день	**2 день**	**3 день**	**4 день**	**5 день**	**6 день**	**7 день**	**8 день**	**9 день**	**10 день**
ЖАЛОБЫ										
РЕЖИМ										
ДИЕТА										
ПОЛОЖЕНИЕ В ПОСТЕЛИ Активное, пассивное, вынужденное										
СОЗНАНИЕ Ясное, спутанное, отсутствует										
НАСТРОЕНИЕ Хорошее, подавленное										
СОН Нарушен, не нарушен										
КОЖА цвет, влажность, расчесы, пролежни, сыпь										
ЯЗЫК Чистый, обложен, влажный, сухой										
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ										

(самостоятельно, необхо-дима помощь)										
СОСТОЯНИЕ МЕСТ ИНЪЕКЦИЙ в/м – удовл./неуд. в/в – удовл./неуд.										
ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА										
ЧДД										
ПУЛЬС Наполнение, напряжение, частота, ритмичность										
УРОВЕНЬ АД Левая / правая										
ПИТАНИЕ самостоятельное с помо-щью										
АППЕТИТ Сохранен, снижен										
АКТ ДЕФЕКАЦИИ Нарушен, не нарушен										
МОЧЕИСПУСКАНИЕ Свободное, недержание, катетер, цвет мочи										
ПОДПИСЬ МЕДСЕСТРЫ										