

Учебная история болезни
оформляется по форме, утвержденной МЗ, на формате А4, разборчивым почерком, с
интервалом 1 см

1 лист

КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»

Учебная история болезни

Отделение: (стационара)

Провел обследование: (ФИО студента)

Группа:

Проверил методический руководитель:

Оценка:

2 лист

1. Паспортные данные и формальные сведения:

- фамилия, имя, отчество :
- возраст
- место жительства
- место работы (учебы), должность, род занятий
- родственники (друзья, соседи)
- дата поступления в стационар
- как и кем был доставлен.

2. Жалобы на момент поступления

- основные (*свидетельствуют об основном заболевании, уточняются при помощи вопроса «Что Вас больше всего беспокоит?»*)
- второстепенные (*свидетельствуют о сопутствующих заболеваниях, уточняются при помощи вопроса «Что Вас еще беспокоит?» при расспросе по системам*).

Жалобы собираются с как можно более полной характеристикой и систематизируются.

3. История болезни

Информация по истории настоящего (основного) заболевания собирается с помощью следующих вопросов:

- **когда впервые почувствовали себя больным?** (не было ли раньше подобного?)
- **с каких первых симптомов началось заболевание?**
- **с чем связываете начало заболевания?** (причина болезни по мнению больного);
- **как развивалось заболевание?** (если острое, то в хронологической последовательности по дням и часам, если хроническое, то как часто были обострения, их сезонность) Важно проследить динамику развития основных жалоб;
- **были или нет ранее подобные симптомы?**
- **дополнительное обследование, его результаты;**
- **куда обращался и какой диагноз ставили раньше?**
- **какое лечение назначали, эффект от лечения, поддерживающее лечение, его эффективность:** самочувствие, цифры АД, уровень сахара крови, частота приступов стенокардии, удушья и др. на фоне принимаемого лечения
- **присоединение новых симптомов** (каких именно? когда?)
- **стойкое снижение трудоспособности** (выход на инвалидность: когда? какая группа?), динамика степени нетрудоспособности,
- **последнее ухудшение** (когда началось? причина его по мнению пациента, динамика развития вплоть до дня сбора анамнеза, результаты проведенного дополнительного обследования, лечение: какими средствами, длительность приема, дозы, эффективность).

4. История жизни

- когда и где родился?

- как рос и развивался? (в сравнении со сверстниками);
- с какого возраста пошел в школу? как учился (в том числе как успешно, занимался физической культурой?);
- какую специальность приобрел, где? профмаршрут (кем и где работал, срок);
- служба в армии: род войск, участие в военных действиях, ранения, контузии и т.д. Если не служил в армии, то по какой причине?
- для женщин акушерско-гинекологический анамнез: когда появились менструации? когда установились? продолжительность, обилие менструальных кровотечений, беременности: сколько? чем закончилась каждая из них? вынашивание беременности, роды, климактерический период, его течение;
- перенесенные и имеющиеся болезни, кроме основного заболевания, при имеющихся болезнях их течение, поддерживающее лечение, его эффективность и т.д.;

травмы (чего в каком году), **операции** (какие, в каком году), **гемотрансфузии, венерические заболевания, туберкулез (форма, год снятия с учета), гепатит** (год, какой – А, В, С).

аллергические реакции (на какие аллергены, в какой клинической форме протекает – сыпь, удушье, крапивница, шок)

- здоровье родственников (в первую очередь ближайших), продолжительность жизни, причины смерти;
- социально-бытовые условия;
- особенность питания
- **вредные привычки:** курение (стаж курения в годах, количество выкуриваемых сигарет, папирос, сигар или трубок в сутки), алкоголь: употребляет редко - 1 раз в 3-6 месяцев, часто - 1 раз в месяц, регулярно - еженедельно, систематически - несколько раз в неделю; другие вредные привычки (употребление наркотических, токсических веществ);

5. Объективное обследование

5.1. Общее состояние пациента:

- удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое, крайне тяжелое;
- положение в постели: активное, пассивное, вынужденное (описать какое именно, например «сидит, опираясь руками на колени»);
- сознание: ясное, спутанное, помрачнение сознания: ступор, сопор, кома
- выражение лица: тоскливое, озабоченное, удивленное, страдальческое, и др.;
- поведение: обычное, заторможенное, возбужденное, суетливое и т.д.;
- телосложение: правильное, патологическое;
- конституция: нормостеническая, гиперстеническая, гипостеническая,
- рост в см, масса тела в кг. ИМТ.
- температура тела

5.2. Кожные покровы и слизистые оболочки:

- окраска телесная, красная, бледная, желтушная, синюшная, землистая,
- участки пигментации и депигментации;
- высыпания, расчесы, геморрагии, рубцы, сосудистые звездочки, новообразования;
- влажность, тургор,
- волосяной покров (тип), ногти (форма, исчерченность, ломкость цвет).

5.3. Подкожная жировая клетчатка:

- степень развития удовлетворительная, слабая, чрезмерная, места преимущественного отложения;
- наличие отеков, их локализация, распространенность.

5.4. Периферические лимфатические узлы: величина, болезненность, форма, консистенция, подвижность, спаянность между собой и с кожей.

5.5. Мышцы: степень развития, тонус, сила, атрофия, болезненность, наличие уплотнений.

5.6. Костно-суставной аппарат: деформация костей, болезненность, искривление позвоночника (лордоз, кифоз, сколиоз, горб, сглаженность естественных изгибов), деформация пальцев в виде «барабанных палочек», конфигурация суставов, наличие припухлости, покраснения кожи над ними, их болезненность, объем активных и пассивных движений.

5.7. Система органов дыхания:

- дыхание через нос свободное, затруднено (выделения из носа какие)
- форма грудной клетки: правильная, патологическая (бочкообразная, склеротическая, килевидная, кифотическая и т.д.);
- симметричность: симметричная, асимметричная (одна половина в объеме больше другой);
- участие в дыхании половин грудной клетки: одинаковое, одна половина отстает в дыхании от другой;
- участие в дыхании вспомогательной мускулатуры: межреберных мышц, мышц плечевого пояса, крыльев носа;
- тип дыхания: грудной, брюшной, смешанный, патологический (Куссмауля, Чейн-Стокса, Биота);
- число дыханий в минуту;
- болезненность грудной клетки: ребер, межреберных промежутков, грудины;
- голосовое дрожание: проводится одинаково, усиленно, ослаблено (указать локализацию);
- звук при перкуссии легких: ясный лёгочный, тимпанический, притуплённый, коробочный, тупой, мозаичный (указать локализацию);
- дыхание: везикулярное, ослабление везикулярного дыхания, жесткое, бронхиальное, амфорическое;
- дополнительные дыхательные шумы: хрипы: сухие (высоко - низкотембровые), влажные (мелко -, средне -, крупнопузырчатые, разнокалиберные), шум трения плевры, крепитация. Указать локализацию дыхательных шумов.

5.8. Система органов кровообращения:

- наличие в области сердца сердечного горба, верхушечный толчок (локализация, выраженность), пульсация в эпигастральной области, яремной ямке.
- состояние вен и артерий в области шеи, наличие патологической пульсации, извитость,
- варикозное расширение вен нижних конечностей, покраснение кожи над ними, трофические изменения кожи нижних конечностей (волосистой покров, трещины, язвы)
- характеристика верхушечного толчка (локализация, выраженность, площадь).
- границы относительной тупости сердца (левая, верхняя, правая).
- аускультация: оценка звучания тонов сердца в точках выслушивания : громкие, усиленные, приглушены, глухие; соотношение тонов. Шумы: локализация, отношение к фазам сердечного цикла, громкость, зоны максимального выслушивания и распространения. Акцент 2-го тона, шум трения перикарда. Частота сердечных сокращений, характеристика сердечного ритма (ритм правильный, наличие аритмии, ее характеристика).
- характеристика пульса на обеих лучевых артериях: наполнение (полный, пустой, удовлетворительного наполнения, нитевидный), напряжение (твердый, мягкий, удовлетворительного наполнения, разного наполнения и напряжения), частота в 1 минуту, ритмичность, дефицит пульса (по сравнению с частотой сердечных сокращений при одновременном определении).
- АД в мм рт.ст. (правая и левая рука)

5.9. Система органов пищеварения:

- полость рта: язык (окраска, влажность, налет, состояние сосочкового слоя, трещины, язвы), зубы, их состояние, десны, мягкое и твердое небо (окраска, состояние слизистой оболочки), зев, миндалины, глотка (наличие гиперемии, налетов, кровоизлияний).

- живот (форма, симметричность, участие в акте дыхания, видимая перистальтика желудка и кишечника, наличие выбуханий, рубцов, варикозно-расширенных вен).
- при поверхностной пальпации определение распространенной и локальной болезненности, напряжения мышц передней брюшной стенки, грыжевых ворот, симптома Щеткина-Блюмберга.
- при глубокой пальпации определение состояния внутренних органов: сигмовидная, нисходящая, поперечно-ободочная, восходящая, слепая с червеобразным отростком кишки (расположение, размеры, болезненность, подвижность, консистенция, урчание), печень (край: местоположение болезненность; поверхность: гладкая, бугристая; консистенция: мягкая, плотная; селезенка, симптомы желчного пузыря: Ортнера, Мерфи, Мюсси, Кера).
- определение размеров печени по Курлову, свободной жидкости в брюшной полости.
- выслушивание шума кишечной перистальтики.

5.10. Система органов мочевого выделения:

- наличие припухлости, отека в поясничной области нахождение почек при пальпации, их болезненность, консистенция мочевого пузыря: наличие выпячивания над лобком, высота стояния дна мочевого пузыря, определяемая с помощью перкуссии
- симптом Пастернацкого (отрицательный, слабopоложительный, положительный, резко положительный)

5.11. Эндокринная система:

- глазные симптомы (экзофтальм, Грефе, Штельвага, Мебиуса), тремор рук, век, языка, тела
- размеры; щитовидной железы, ее консистенция, поверхность
- увеличение размеров языка, носа, челюстей, ушных раковин, кистей рук, стоп, надбровных дуг.

6. Дополнительные методы обследования

- план дополнительных исследований с интерпретацией (анализом выявленных изменений).

7. Диагноз и его обоснование.

Структура диагноза:

7.1. Диагноз основного заболевания:- это диагноз того заболевания, по поводу которого больной поступил в стационар или обратился за медицинской помощью амбулаторно, которое является основной причиной ухудшения его состояния, утраты трудоспособности, угрозой жизни и требует первоочередных мероприятий.

7.2. Осложнения основного заболевания:- это патогенетически связанные с основным заболеванием состояния, утяжеляющие его течение и часто представляющие угрозу для жизни больного.

7.3. Диагноз сопутствующих заболеваний, то есть тех заболеваний, которые этиологически и патогенетически не связаны с основным заболеванием и не оказали на его развитие особого влияния.

Обоснование диагноза проводится путем анализа жалоб, анамнеза заболевания, жизни, результатов основного и дополнительного обследования больного.

8. Дневник.

Ежедневное посещение пациента начинается с выяснения жалоб на момент курации, с проведением основного обследования с целью определения динамики заболевания,

изменения проявлений его симптомов за прошедший период лечения. Решается вопрос о дополнительных исследованиях, продолжении, отмене или изменении лечения. В дневнике нужно кратко и четко отражать симптомы заболевания, основные показатели функционирования систем, придерживаясь плана обследования пациента. Наибольшее внимание следует уделять описанию состояния тех органов и систем, которые поражены или могут быть поражены при настоящем заболевании у курируемого пациента.

9. Составление плана специализированного ухода за пациентом (для курируемого пациента).

10. Определение тактики ведения пациента.

11. Составление плана лечения с указанием вида лечения, группы препарата, выписанного рецепта на один из группы препаратов, с указанием побочных действий. Оценка эффективности лечения описывается ежедневно в дневнике наблюдения за пациентом.