

При прохождении практики в поликлинике, ФАПе в качестве помощника участкового врача, фельдшера

1. В ходе прохождения практики студент оформляет ежедневно 3 амбулаторных карты пациентов с любой изученной нозологией, где должен представить субъективную и объективную часть обследования больного. Выявить и оценить основные симптомы и синдромы представленного заболевания. Составить план дополнительных лабораторно-инструментальных исследований и обосновать его. Интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных исследований Логично, опираясь на данные субъективного, объективного и данных лабораторно-инструментальных исследований поставить предварительный диагноз и обосновать. Составить план ухода за пациентом.
Определить тактику ведения (на сколько дней можно выдать больничный лист)
Назначить лечение с указанием вида лечения (этиотропное, симптоматическое, патогенетическое), группы препарата и рецептом на препарат этой группы.
Данные дополнительных исследований вписать в амбулаторную карту.

Амбулаторную карту распечатать все страницы скрепить, по ситуации и требованию заполнения медицинской документации, заполнить страницы и приложить к дневнику практики.

На 2 пациентов оформить разные эпикризы и приложить в дневник. **СМ ниже.** Можно распечатать и заполнить ручкой

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____

Код организации по ОКПО _____

Медицинская документация

Учетная форма № 025/у

Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Адрес _____

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ № _____**

1. Дата заполнения медицинской карты: число _____ месяц _____ год _____

2. Фамилия, имя, отчество _____

3. Пол: муж. - 1, жен. - 2 4. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

5. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____

район _____ город _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____

6. Местность: городская - 1, сельская - 2

7. Полис ОМС: серия _____ № _____ 8. СНИЛС _____

9. Наименование страховой медицинской организации _____

10. Код категории льготы _____ 11. Документ _____ : серия _____ № _____

12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке – 1, не состоит в браке – 2, неизвестно – 3.

14. Образование: профессиональное: высшее – 1, среднее – 2; общее: среднее – 3, основное – 4, начальное – 5; неизвестно – 6.

15. Занятость: работает – 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу – 2; пенсионер(ка) – 3, студент(ка) – 4, не работает – 5, прочие – 6.

16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) _____

17. Место работы, должность _____

18. Изменение места работы _____

19. Изменение места регистрации _____

20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установленные впервые или повторно (+/-)	Врач

21. Группа крови _____ 22. Rh-фактор _____ 23. Аллергические реакции _____

24. Записи врачей-специалистов:

Дата осмотра _____ на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее.

Врач (специальность) _____

Жалобы пациента _____

Анамнез заболевания, жизни _____

Объективные данные _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____

_____ код по МКБ-10 _____

Группа здоровья _____ Диспансерное наблюдение _____

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства	
Врач	

25. Медицинское наблюдение в динамике:

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

26. Этапный эпикриз

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (_____ дней).

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____ код по МКБ-10 _____

Рекомендации _____

Листок нетрудоспособности _____

Врач _____

27. Консультация заведующего отделением

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (_____ дней).

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____

_____ код по МКБ-10 _____

Рекомендации по дальнейшему наблюдению, дообследованию и лечению _____

Листок нетрудоспособности _____

Зав. отделением _____ Лечащий врач _____

28. Заключение врачебной комиссии

Дата _____

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

Заключение врачебной комиссии: _____

Рекомендации _____

Председатель _____ Члены комиссии _____

29. Диспансерное наблюдение

Дата _____

Жалобы и динамика состояния _____

Проводимые лечебно-профилактические мероприятия _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____

_____ код по МКБ-10 _____

Рекомендации и дата следующего диспансерного осмотра, консультации _____

Врач _____

30. Сведения о госпитализациях

Дата поступления и выписки	Медицинская организация, в которой была оказана мед. помощь в стационарных условиях	Заключительный клинический диагноз

31. Сведения о проведенных оперативных вмешательствах в амбулаторных условиях

Дата проведения	Название оперативного вмешательства	Врач

32. Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях

Дата проведения	Название рентгенологического исследования	Доза облучения

33. Результаты функциональных методов исследования:

34. Результаты лабораторных методов исследования:

35. Эпикриз

Специалист	
Дата приема	№
Пациент	Код ФЛ
Пол пациента	Возраст
Дата рождения	

Вступительный эпикриз**Жалобы:****Анамнез:****Принимает препараты:****Факторы риска:**

Образ жизни: (гиподинамия, малоподвижный)

Употребление соли:

Повышение артериального давления:

Диспансеризация (в каком году последняя)

Количество сигарет в день:

Количество лет:

Индекс курильщика (кол-во сигарет x годы : 20, больше 10 –риск развития ХОБЛ)

Анамнез у родственников:

Выявлена связь повышения АД с другими факторами:

Частота вызовов скорой помощи:

Частота госпитализаций:

Листки нетрудоспособности:

Объективный статус:

Состояние: Сознание: Питание

Кожа, зев, язык:

Тремор рук, век:

Периферические л/узлы:

Щитовидная железа

В легких дыхание:

Хрипы:

Сердце: Тоны:

Ритм:

Верхушечный толчок:

Аускультация сонных артерий:

Пульс

Живот:

С-м напряжения:

Печень:

С-м поколачивания(Пастернацкого):

Отеки:

Осмотр стоп (деформации, микоз, гиперкератоз, язвы)

Специалист
Дата приема
Пациент
Пол пациента
Дата рождения

№
Код ФЛ
Возраст

Этапный эпикриз за _____ 20 _____ год

Жалобы:

Динамика состояния за прошедший год:

Самочувствие:

АД по дневнику:

Получаемая терапия:

Целевое АД (<130-139/90 мм.рт.ст., не ниже 110/70):

Частота вызовов скорой помощи:

Частота госпитализаций:

Листки нетрудоспособности:

Санаторно-курортное лечение:

Дата:

Оценка результатов обследования:

Факторы риска:

Образ жизни:

Употребление соли:

Диспансеризации (последняя)

Количество сигарет в день:

Количество лет:

Индекс курильщика (сигареты * годы/20, больше 10 – риск развития ХОБЛ):

Анамнез у родственников:

Выявлена связь повышения АД с другими факторами:

Объективный статус:

Состояние:

Сознание:

Питание

Кожа:

Зев:

Язык:

Тремор рук:

Периферические л/узлы:

Щитовидная железа:

В легких дыхание:

Хрипы:

Соп тоны:

Ритм:

Аускультация сонных артерий:

Пульс на лучевой артерии:

Живот:

С-м напряжения:

Печень:

Отеки:

С-м поколачивания(Пастернацкого):

Осмотр стоп (деформации, микоз, гиперкератоз, язвы)

Рост:

Вес:

ИМТ(вес/рост²):

Окружность талии:

АД:

Целевое АД (< 130-139/90 мм.рт.ст):

ЧСС:

ЧДД:

Относительный (абсолютный) сердечно-сосудистый риск, SCORE, %:

Лодыжка АД:

Лодыжечно-плечевой индекс(ЛПИ) (сист. Д лодыж./сист. Д плеч, ЛПП> 0,9 норма):

Общий холестерин (ммоль/л):

Дата результата холестерина:

Основной диагноз:

План обследования на следующий год:

Рекомендации:

Медикаментозная терапия:

Явка на Д-осмотр:

Врач/Фельдшер _____ / _____