

Схема учебной истории болезни

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. В данном разделе подробно выяснить жалобы (боли, нарушения функции и деформации). Необходимо излагать каждую в отдельности жалобу, начиная с наиболее выраженных или существенных. Обсудить жалобы в плане предварительного диагноза.

Опрос по системам. Для более полной характеристики субъективных ощущений больного следует детально опросить по всем системам (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварения, выделения, нервной, костно-мышечной, эндокринной, органов чувств).

3. Анамнез болезни. Дать подробную характеристику началу заболевания (внезапное, острое, постепенное возникновение тех или других симптомов, их последовательность и выраженность).

Подробно изложить динамику каждого симптома от момента его выявления до дня курации. Проводимое лечение и его результаты.

Обсудить анамнез. Сопоставить полученные данные с выводом из жалоб. Уточнить и расширить предварительный диагноз.

4. Анамнез жизни. Выделить наследственные факторы, условия труда, быта, питания, перенесенные заболевания и вредные привычки. Семейный анамнез. Гинекологический анамнез у женщин. Использовать данные анамнеза для определения причин заболевания.

5. Объективные данные. Общее состояние больного, его телосложение, питание, рост, вес.

Сердечно-сосудистая система. Состояние пульса и артериального давления. Строго последовательно провести осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию сердечно-сосудистой системы: границы сердца, абсолютная и относительная сердечная тупость. Пальпация периферических сосудов шеи, рук и ног.

Органы дыхания. Обследовать верхние дыхательные пути (зев, носоглотка, гортань), а затем грудную клетку (осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация). Указать границы легких.

Органы пищеварения. Начиная с ротовой полости, подробно описать состояние слизистой оболочки рта и зубов. Проследить за актом глотания, прохождения твердой и жидкой пищи по пищеводу. Определить цвет кожи живота, его форму, участие в акте дыхания. Провести послынную пальпацию брюшной стенки и органов брюшной полости,

а затем перкуссию к аускультацию живота. Закончить пальцевым исследованием прямой кишки.

Органы выделения. Провести осмотр поясничной области, пальпацию почек и мочевого пузыря (указать положение больного, в котором это производилось). Характеристика мочеиспускания.

Нервная система. Оценить психическое состояние больного. Кратко охарактеризовать состояние черепно-мозговых нервов и сухожильных рефлексов. При наличии патологических рефлексов подробно их описать.

Эндокринная система. Определить состояние щитовидной железы, молочных желез у женщин, половых желез. Опросом и объективным исследованием больного выяснить функции поджелудочной железы, надпочечников, гипофиза.

Костно-мышечная система. Провести подробный осмотр области шеи, туловища и конечностей. Наличие атрофии, гипертрофии мышц, их болезненность. Деформация конечностей, объем активных движений в суставах. Обратит внимание на оси конечностей. Пальпация отдельных мышц и костей. Определить пассивные движения в суставах с ограниченной функцией. Выявить прямую и непрямую болезненность, симптом баллотирования надколенника при травме коленного сустава.

ЛОР Органы Кратко остановиться на состоянии всех органов чувств (обоняние, осязание, вкус, зрение, слух).

6. Локальный статус - важнейшая часть истории болезни. Подробно описать патологический очаг или пораженную систему (результаты осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации). При наличии раны или поверхностно расположенной опухоли, тщательно исследовать состояние окружающих тканей и органов, регионарных лимфатических узлов, артериальных, венозных и лимфатических сосудов.

Обсудить объективные данные. Отметить соответствие полученных субъективных признаков болезни. Уточнить локализацию, клиническую форму, распространенность стадии процесса, осложнения.

Сформулировать предварительный диагноз.

7. Дополнительные методы исследования, лабораторные (клинические, биохимические) исследования, результаты эндоскопии, рентгенологические и гистологические данные. Сформулировать заключение по дополнительным методам исследования.

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.*** Дневник описывается 5 -7 дней или до выписки пациента из стационара.

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

10. План лечения – указать группу препарата. Выписать рецепт. Указать побочные действия.