

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ
(структурное подразделение)

История болезни

ФИО пациента _____

Отделение _____

Лечебное учреждение _____

Диагноз _____

Дисциплина _____

Студент-куратор _____

ФИО

Курс _____ Семестр _____ Группа _____

Название отделения _____

Оценка _____

Преподаватель _____

ФИО, подпись

Общие положения (для студентов)

Цель сестринского процесса – поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей организма – осуществляется путем решения следующих задач:

- создание базы информационных данных о пациенте;
- идентификация потребностей больного в медицинском обслуживании;
- обозначение приоритетов в медицинском обслуживании;
- составление плана ухода и обеспечение ухода за больным, соответствующего потребностям пациента;
- определение эффективности процесса ухода за больным и достижение цели медицинского обслуживания пациента.

Таким образом, сестринский процесс состоит из 5 этапов:

1. Сбор информации о состоянии здоровья пациента
2. Сестринская диагностика или определение сестринских проблем
3. Планирование сестринского ухода
4. Реализация сестринского ухода
5. Оценка эффективности предоставленного ухода и коррекция ухода в случае необходимости.

Сестринский процесс документируется в сестринской истории болезни.

Первый этап сестринского процесса состоит в организации информационной базы. Информационные данные должны быть точными, полными и носить описательный характер. Информация может поступать от пациента, члена его семьи, членов бригады медико-санитарной помощи, из медицинской документации, физических осмотров, диагностических тестов. Организация информационной базы начинается со сбора субъективной информации путем расспроса больного, в процессе которого медицинская сестра получает представление о физических, эмоциональных, интеллектуальных, социальных и духовных особенностях пациента. Наблюдая поведение, внешность больного и его взаимоотношение с окружающей средой, медсестра может определить, соответствует ли рассказ больного о себе данным, полученным в результате наблюдения. Пациенту нужно внушить чувство доверия и конфиденциальности. Наряду с ощущением профессионализма медсестры это создает те доброжелательные отношения между медсестрой и пациентом, без которых невозможен адекватный терапевтический эффект.

Стратегия общения с пациентом

- Вы должны быть уверены, что беседа будет проходить в тихой официальной обстановке без отвлечения и не будет прерываться.
- Для установления доверительных отношений с пациентом медицинская сестра должна представиться, назвав свое имя, положение и сообщив цель беседы.
- Называйте пациента по имени и отчеству и на «Вы». Проявляйте дружелюбие, участие и заботу.
- Пользуйтесь исключительно положительной интонацией Вашего голоса. Будьте спокойны и неторопливы. Не проявляйте досады, раздражения.
- Говорите ясно, медленно, отчетливо. Используйте понятную пациенту терминологию. Если Вы сомневаетесь, что он Вас понимает, спросите, что он вкладывает в то или иное понятие. Поощряйте вопросы Вашего пациента.
- Позвольте пациенту закончить фразу, даже если он излишне многословен. Если необходимо повторить вопрос, перефразируйте его для лучшего понимания.
- Не начинайте разговор с личных, деликатных вопросов. Прежде всего спросите о его жалобах. Начните разговор с вопроса: «Что Вас беспокоит?»
- Во время беседы делайте короткие записи. Не полагайтесь на свою память, но и не пытайтесь записать всю информацию. Кратко запишите даты, ключевые слова или фразы.

Собрав необходимую субъективную и объективную информацию о состоянии здоровья пациента, медсестра должна сформулировать диагноз.

Сестринский диагноз – это клиническое суждение медсестры, в котором дается описание характера существующей или потенциальной ответной реакции пациента на болезнь и свое состояние (проблемы), с желательным указанием причин такой реакции.

Эта реакция может быть физиологической, психологической и социальной. Таким образом, сестринский диагноз охватывает все сферы жизни пациента и меняется несколько раз. Задача сест-

ринской диагностики – разработка индивидуального плана ухода за больным с тем, чтобы пациент и его семья смогли бы адаптироваться к изменениям, возникшим из-за болезни.

Медсестра не изобретает свои диагнозы, их перечень приводится в специальной справочной литературе (см. Примеры диагнозов, одобренных ассоциацией NANDA). Но каждый диагноз медсестры должны обосновать применительно к данному пациенту. До недавнего времени «диагноз» относился исключительно к профессиям врача.

Врачебный диагноз – это определение заболевания, основанное на оценке физических признаков, истории заболевания, диагностических тестов. Задача врачебной диагностики – назначение лечения, в то время как задача диагностики медсестры – разработка индивидуального плана ухода за больным с тем, чтобы пациент и его семья смогли бы адаптироваться к изменениям, возникшим из-за проблем со здоровьем. Проблемы могут быть основными, сопутствующими, потенциальными.

После установления диагноза (проблемы) медсестра определяет приоритеты в соответствии с серьезностью диагноза. Медсестра не может одновременно приступить к решению всех проблем здоровья пациента. Приоритеты медсестры выбирает в зависимости от срочности, природы предписанного врачом лечения и классифицирует их применительно к данному пациенту на срочные и долгосрочные. Срочным приоритетом обладают проблемы, которые могут оказывать пагубное влияние на состояние пациента. Сестринские диагнозы с промежуточным приоритетом включают не экстремальные, неопасные для жизни потребности пациента, а также те, которые имеют косвенное отношение к заболеванию и прогнозу.

Сестринская история болезни – своеобразный протокол самостоятельной профессиональной деятельности медсестры в рамках ее компетенции. Ощущение больным высокого профессионализма медсестры усиливает терапевтический эффект, способствует непринужденному общению медсестры и пациента и позволяет медсестре определить потребности пациента и стоящей перед ним задачи.

Примеры диагнозов, одобренных Ассоциацией NANDA (Северо-Американской Ассоциацией Диагностик Медицинских Сестер)

- Недостаточное питание, не соответствующее потребностям организма
- Излишнее питание, превышающее потребности организма
- Изменение защитных функций
- Дефицит гигиенических навыков и санитарных условий
- Измененная тканевая перфузия (церебральная, кардиолегочная, почечная, желудочно-кишечная, периферическая)
- Хроническое приниженное чувство собственного достоинства
- Сниженная индивидуальная способность к адаптации и преодолению стрессовых ситуаций
- Высокий риск синдрома неправильного применения лекарств
- Сенсорные изменения (слуховые, вкусовые, мышечно-суставные, обонятельные, осязательные, зрительные)
 - Беспокойство
 - Хроническая боль
 - Хронический запор
 - Усталость
 - Сердечная недостаточность
 - Понос
 - Нехватка жидкости
 - Излишний объем жидкости
 - Высокий риск удушья
 - Высокий риск повреждения кожных покровов
 - Синдром гипертермии
 - Синдром пониженного газообмена
 - Синдром пониженной физической активности
 - Синдром недостатка знаний
 - Синдром общей слабости
 - Измененные семейные отношения
 - Измененная модель сексуального поведения
- Дефицит желания следить за собой
- Дефицит заботы о своем питании
- Высокий риск травмы
- Высокий риск отравления
- Чувство отчаяния, безысходности
- Неэффективное очищение дыхательных путей
- Бессмысленный отказ от приема лекарств
- Неэффективное использование программы лечения
- Несоблюдение режима приема лекарственных средств
- Расстройство памяти в отношении своей личности
- Социальная самоизоляция
- Задержка мочи
- Нарушение мочеиспускания

Сестринская (учебная) карта стационарного больного

Наименование лечебного учреждения _____

Дата и время поступления _____

Дата и время выписки _____

Отделение _____ Палата _____

Переведен в отделение _____

Проведено койко-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 года – месяцев, для детей до месяца – дней)

4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) _____

(вписать адрес, указав для приезжих: область, район, населённый пункт, адрес родственников, номер телефона)

5. Место работы, профессия, должность _____

(для учащихся – место учёбы; для детей – название детского учреждения, школы; для инвалидов - род и группа инвалидности, ИОВ, да, нет подчеркнуть)

6. Кем направлен больной _____

7. Направлен в стационар по экстренным показаниям: ДА, НЕТ (подчеркнуть)
через _____ часов после: начала заболевания, травмы, госпитализирован в плановом порядке, (подчеркнуть)

8. Врачебный диагноз _____

9. Сестринский диагноз _____

Сестринское обследование (сбор данных о пациенте)

1 этап

1. Субъективное обследование

1. Ф.И.О. _____
Возраст _____
Профессия, должность _____
Семейное положение _____
2. Причина обращения:
 - 1) Мнение больного о своём состоянии _____
 - 2) Ожидаемый результат _____
3. Источник информации (подчеркнуть): пациент, семья, мед. документы, мед. персонал, другие источники
Возможность пациента общаться: **ДА** **НЕТ**
 - Речь (подчеркнуть): нормальная, нарушена, отсутствует
 - Зрение (подчеркнуть): нормальное, снижено, отсутствует
 - Слух (подчеркнуть): нормальный, снижен, отсутствует
4. Жалобы пациента:
 - При поступлении: _____

 - В настоящий момент: _____

 - С какого момента считает себя больным: _____

5. Эпиданамнез _____

6. История болезни:
 - когда началось _____

 - как началось _____

 - как протекало _____

- последнее ухудшение _____
- проводимые исследования _____
- лечение, его эффективность _____

7. История жизни:

- Условия, в которых рос и развивался (бытовые условия) _____
- Условия труда, профессиональные вредности, окружающая среда _____
- Перенесённые заболевания, операции _____
- Сексуальная жизнь (с какого возраста, предохранение, проблемы) _____
- Гинекологический анамнез (начало менструации, периодичность, болезненные/безболезненные, обильность, длительность, последняя менструация, беременности, аборты, выкидыши, дети, менопауза, с какого возраста) _____
- Аллергологический анамнез _____
- Эпидемиологический анамнез:
 - Туберкулез* _____
 - Гепатит* _____
 - Венерические заболевания* _____
 - Гемотрансфузии* _____
 - Инъекции за последние 6 месяцев* _____
 - Выезд за пределы города за последние 6 месяцев* _____
 - Оперативные вмешательства за последние 6 месяцев* _____
 - Контакт с инфекционными больными за последние 6 месяцев* _____
- Отношение к алкоголю (не употребляет, умеренно, избыточно) /подчеркнуть/ _____
- Образ жизни, духовный статус (культура, религия, развлечения, отдых, моральные ценности) _____
- Курит ли больной (со скольких лет, сколько в день) _____
- Социальный статус (роль в семье, на работе (в школе), финансовое положение) _____
- Наследственность (наличие у кровных родственников следующих заболеваний (подчеркнуть): диабет, высокое давление, заболевания сердца, инсульт, ожирение, туберкулез, кровотечения, анемия, аллергия, рак, заболевания желудка, заболевания почек, заболевания щитовидной железы) _____

8. Отношение к процедурам _____

2. Объективное обследование

Физиологические данные (нужное подчеркнуть или вписать):

1. Сознание: ясное, спутанное, отсутствует _____
 2. Поведение: адекватное, неадекватное _____
 3. Настроение (эмоциональное состояние): спокойный, печальный, замкнутый, сердитый, прочее _____

4. Положение в постели: активное, пассивное, вынужденное _____

5. Рост _____

6. Вес _____

7. Температура _____

8. Состояние кожи и слизистых:

-Тургор, влажность _____

-Цвет (гиперемия, бледность, цианоз, желтушность) _____

-Дефекты: пролежни ДА НЕТ _____ отеки ДА НЕТ _____

-Лимфатические узлы (увеличены, не увеличены) _____

9. Костно-мышечная система:

-Деформация скелета ДА НЕТ _____

-Деформация суставов ДА НЕТ _____

-Атрофия мышц ДА НЕТ _____

-Мышечная сила _____

10. Дыхательная система:

-Изменение голоса ДА НЕТ _____

-ЧДД _____ Дыхание ритмичное ДА НЕТ _____

-Дыхание глубокое или поверхностное (подчеркнуть) _____

-Характер одышки: экспираторная, инспираторная, смешанная, отсутствует

Экскурия грудной клетки:

-Симметричность ДА НЕТ _____

-Кашель ДА НЕТ _____ Мокрота ДА НЕТ _____

-Характер мокроты: гнойная, геморрагическая, серозная, пенящаяся _____

-Запах (специфичный) ДА НЕТ _____

Аускультация легких:

-Дыхание (везикулярное, жесткое) _____

-Хрипы (наличие, отсутствие) _____

11. Сердечно-сосудистая система:

-Пульс (частота, напряжение, наполнение, ритм, симметричность) _____

-ЧСС _____

Дефицит пульса _____

Аускультация сердца:

-Тоны: ясные, приглушенные, глухие _____

-Шумы: наличие, отсутствие _____

- Аритмия ДА НЕТ _____

12. Желудочно-кишечный тракт:

-Аппетит (не изменен, снижен, отсутствует, повышен) _____

-Глотание (нормальное, затрудненное) _____

-Съемные зубные протезы ДА НЕТ _____

-Язык (обложен) ДА НЕТ _____

-Рвота ДА НЕТ _____

-Характер рвотных масс _____

-Стул (оформлен, запоры, поносы, недержание) _____

-Примеси (кровь, слизь, гной) _____

Живот:

-Обычной формы _____

-Увеличен в объеме (метеоризм, асцит) _____

-Ассиметричен ДА НЕТ _____

-Болезненность при пальпации ДА НЕТ _____

-Напряжен ДА НЕТ _____

-Аускультация живота _____

13. Мочевыделительная система:

-Мочеиспускание (подчеркнуть): свободное, затрудненно, болезненное, учащено

-Цвет мочи (подчеркнуть): обычный, изменен (гематурия, «мясных помоев, «пива») _____

-Прозрачность ДА НЕТ _____

-Пальпация почек, поколачивание по поясничной области _____

14. Эндокринная система:

- Характер оволосения (подчеркнуть): мужской, женский _____
- Распределение подкожно-жировой клетчатки (подчеркнуть): мужское, женское _____
- Видимое увеличение щитовидной железы ДА НЕТ _____
- Признаки акромегалии ДА НЕТ _____
- Гинекомастия ДА НЕТ _____

15. Нервная система:

- Сон (нормальный, бессонница, беспокойный) _____
- Тремор ДА НЕТ _____
- Нарушение походки ДА НЕТ _____
- Парезы, параличи ДА НЕТ _____
- Глазные рефлексы _____
- Сухожильные рефлексы (нормальные, патологические) _____
- Чувствительность (сохранена, нарушена) _____

16. Половая (репродуктивная) система:

- Половые органы (наружный осмотр) _____
- Молочные железы: Размеры _____ Асимметрия ДА НЕТ _____
- Деформация ДА НЕТ _____ Выделения из соска ДА НЕТ _____

2 этап – выявление проблем пациента:

Проблемы: 1) настоящие (существующие в данный момент);

2) установление приоритетов (когда имеется несколько проблем);

3) потенциальные проблемы, которые могут возникнуть из-за неправильного ухода.

3 этап – планирование сестринского процесса

Цели планирования: улучшение здоровья, решение или облегчение проблем пациента, предотвращение потенциальных проблем, обучение пациента и его родственников само- и взаимопомощи и др.

При выборе сестринских вмешательств в первую очередь рассматриваются приоритетные проблемы.

4 этап – реализация сестринского процесса

Воплощение в жизнь плана ухода. Заполняется ежедневно протокол сестринской деятельности. Заполнение листа динамического наблюдения (в дневнике). Работа по карте сестринского процесса.

5 этап – оценка эффективности предоставляемого ухода

Задачи этапа:

- достигнуты ли поставленные цели;

-установление связи между проведенными сестринскими вмешательствами и достигнутым результатом;

- завершение, пересмотр или модификация плана ухода.

При выписке – эпикриз (краткое описание проблем пациента во время пребывания его в стационаре, долгосрочные цели и основные пути их решения при долечивании на дому).

Работа по карте сестринского процесса

Проблемы пациента (настоящие приоритетные, сопутствующие, потенциальные)	План ухода	Оценка

Работа по карте сестринского процесса

Проблемы пациента (настоящие приоритетные, сопутствующие, потенциальные)	План ухода	Оценка

Оценка принимаемого лекарства

Характеристика препарата	1	2	3	4	5
<i>Название</i>					
<i>Название латинское</i>					
<i>Группа препаратов</i>					
<i>Фармакологическое действие</i>					
<i>Показания</i>					
<i>Побочные эффекты</i>					
<i>Способ и время приема</i>					
<i>Высшая разовая доза</i>					
<i>Назначенная доза</i>					
<i>Минимальная доза</i>					
<i>Особенности введения</i>					
<i>Признаки передозировки</i>					
<i>Помощь при передозировке</i>					

СЕСТРИНСКИЙ ЭПИКРИЗ

Наблюдал(а) за пациентом (Ф.И.О., возраст) _____
страдающим (врачебный диагноз) _____

За время наблюдения у пациента были выявлены следующие проблемы:

Приоритетные _____

Сопутствующие _____

Потенциальные _____

Из них решены следующие:

Остались нерешенными:

Выполнены следующие манипуляции по уходу:

За время наблюдения и ухода состояние пациента _____

Улучшение (или ухудшение) необходимо пояснить:

Рекомендации пациенту по профилактике обострения заболевания:

Рекомендации пациенту по самоуходу:

Рекомендации родственникам пациента по уходу за ним:
