**Ф.И.О. обучающегося (ейся)……………………………………………………….**

**Специальность …………………………………………. Группа…………………**

**Карта наблюдения за пациентом**

 **медицинской сестры**

**по уходу**

**Учебная**

**Ф.И.О…………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**Пол…………………… Возраст (полных лет)……………………………………**

**Отделение…………………………………………. Палата ………………………**

**Вид транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)**

**Рост ………………………………… Вес …………………………………………..**

**Врачебный диагноз ………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Аллергия Да Нет**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**Источник информации (подчеркнуть): пациент, семья, медицинские документы, персонал и другие источники.**

**Жалобы пациента в данный момент …………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**1.Дыхание и кровообращение**

**Имеются ли проблемы с органами дыхания: Да Нет**

**Частота дыхательных движений……….мин.**

**Кашель: Да Нет**

**Потребность в кислороде: Да Нет**

**Потребность в специальном положении в постели: Да Нет**

**Характеристики пульса (частота, ритм, наполнение, напряжение, синхронность)……………………………………………………………………….**

**Артериальное давление на периферических артериях……………………….**

**Дополнение:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**2.Питание и питьё**

**Хороший или нет аппетит: Да Нет**

**Пьет жидкости: достаточно, ограничено, много**

**Может ли есть самостоятельно Да Нет**

**Может ли пить самостоятельно Да Нет**

**Соблюдает ли диету Да Нет**

**Дополнение: …………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**3. Физиологические отправления**

**Функционирование мочевого пузыря:**

**Частота мочеиспускания …………………………………………………………..**

**Ночное время ………………………………………………………………………..**

**Недержание …………………………………………………………………………..**

**Функционирование кишечника:**

**Регулярность: Да Нет**

**Используются ли слабительные средства? Какие? ……………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**Недержание кала: Да Нет**

**Нуждается в подаче судна: Да Нет**

**Дополнение: …………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**4. Двигательная активность**

**Зависимость: полная, частичная, отсутствует**

**Применяются приспособления при ходьбе: Да Нет**

**Нуждается ли в помощи медицинского работника Да Нет**

**Дополнение (костыли, трость, ходунки, поручни): ……………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**5. Оценка риска развития пролежней**

**Кожные покровы:**

**Цвет: телесный, бледность, гиперемия, цианоз, желтушность (подчеркнуть)**

**Влажность: нормальная, повышена, сухость кожи (подчеркнуть)**

**Целостность: не нарушена, нарушена (подчеркнуть)**

**Отеки: Да Нет**

**Замечания (локализация)…………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Оценка риска развития пролежней по шкале Ватерлоу**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**6. Сон, отдых**

**Длительность ночного сна …………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**Длительность дневного сна ……………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………**

**Дополнение (нарушение засыпания, прерывистый сон, сонливость днем, бессонница ночью): …………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**7. Способность одеваться, раздеваться. Личная гигиена.**

**Способен ли одеваться и раздеваться самостоятельно:**

**Да Нет**

**Имеются трудности при раздевании: ……………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Имеются трудности при одевании: ………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Заботится о своей внешности: Да Нет**

**Гигиена рта …………………………………………………………………………**

**Чистит зубы самостоятельно: Да Нет**

**Имеются ли зубы: Да Нет**

**Имеются ли съемные зубные протезы Да Нет**

**Дополнение: …………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**8.Способность поддерживать нормальную температуру тела**

**Температура тела в момент обследования:………………………………………**

**Дополнение:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**9.Способность поддерживать безопасность**

**Имеются ли нарушения зрения: Да Нет**

**Дополнение: …………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Имеются ли нарушения слуха: Да Нет**

**Дополнение: …………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Имеется ли риск падения: Да Нет**

**Дополнение: …………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**10. Возможность общения**

**Имеются ли трудности при общении: Да Нет**

**Контактен, неконтактен (нужно подчеркнуть)**

**Возбужден, уравновешен (нужно подчеркнуть)**

**Дополнение: …………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**11. Существующие проблемы пациента ………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**12. Приоритетная проблема …………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**Действительные и потенциальные проблемы пациента по модели В.Хендерсон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Фундаментальные потребности** | **Проблемы пациента (действительные и потенциальные)** |
| Дыхание и кровообращение: |  |
| Питание и питье: |  |
| Физиологические отправления: |  |
| Двигательная активность: |  |
| Сон и отдых: |  |
| Способность одеваться и раздеваться: |  |
| Температура тела: |  |
| Способность поддерживать личную гигиену: |  |
| Способность обеспечивать свою безопасность: |  |
| Общение: |  |

**ПЛАН УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Проблема****пациента** | **Цель/ ожидаемый результат** | **Реализация плана** | **Периодичность, кратность оценки** | **Дата достижения цели** | **Итоговая оценка** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |