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

Специальность 34.02.01 Сестринское дело Группа……………………….

**Сестринская карта наблюдения за пациентом**

Учебная

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

Ф.И.О…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

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

Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть)

…………………………………………………………………………………………

*(вписать адрес)*

Место работы, профессия или должность ………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

*(для учащихся место учебы и курс, для инвалидов – группа инвалидности)*

Кем направлен больной ……………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

Направлен в стационар по экстренным показаниям: да, через …. часов

после заболевания; нет, госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть)

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

Рост …………………… Вес ……………… ИМТ …………….

Аллергия Да Нет

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

*(при наличии аллергии указать на что именно и как проявляется)*

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

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

…………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………

Выявление факторов риска

1. Режим труда и отдыха ……………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

2. Условия проживания ……………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Характер питания …………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………..

4. Вредные привычки

Курение: Нет Да стаж курильщика …………. количество выкуриваемых сигарет в сутки …………….

Употребление алкоголя: Нет Да в каких количествах …………………….

5. Производственные вредности …………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

6. Хронические заболевания …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

Физиологические данные

1. Состояние кожных покровов и подкожно-жировой клетчатки

Цвет кожных покровов ……………………………………………………………..

Высыпания Нет Да Локализация ………………………………………………..

Характер высыпаний ………………………………………………………………..

Выраженность подкожно-жирового слоя …………………………………………

Оценка ИМТ …………………………………………………………………………

Отеки Нет Да Локализация ………………………………………………………

Дополнение ………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………

2. Дыхание и кровообращение

Частота дыхательных движений……….мин.

Кашель: Да Нет

Мокрота: Да Нет

Характер мокроты при ее наличии: ……………………………………………

………………………………………………………………………………………….

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

………………………………………………………………………………………….

Артериальное давление на периферических артериях:

левая рука ………… правая рука ………..

Дополнение:…………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………

3. Пищеварение

Аппетит: не изменен, снижен, отсутствует, повышен (подчеркнуть)

Глотание: нормальное, затруднительное (подчеркнуть)

Соблюдение назначенной диеты: Да Нет

Метеоризм: Да Нет

Дополнение: …………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. Физиологические отправления

Функционирование мочевого пузыря:

Мочеиспускание: свободное, затруднено, болезненно, учащено (подчеркнуть)

Частота мочеиспускания: днем ………… ночью ……….

Недержание: Да Нет

Функционирование кишечника:

Регулярность/частота:

Стул оформлен, запор, понос, недержание (подчеркнуть)

Дополнение: …………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

5. 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): ……………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

6. Сон, отдых

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

…………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

7. Способность поддерживать нормальную температуру тела

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

Дополнение:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

8. Способность поддерживать безопасность

Имеются ли нарушения зрения: Да Нет

Дополнение: …………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Имеются ли нарушения слуха: Да Нет

Дополнение: …………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Имеется ли риск падения: Да Нет

Дополнение: …………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

9. Существующие (настоящие) проблемы пациента *(выделяются на основании жалоб пациента, оценки физиологических данных)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

10. Потенциальные проблемы ……………………………………………….........

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Лист дополнительных исследований**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дополнительное исследование, назначенное врачом | Диагностическая значимость | Подготовка пациента |
| Лабораторные исследования | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Инструментальные исследования | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Лист фармакотерапии**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование препарата | Назначенная доза и кратность приема | Действие препарата,  особенности приема | Возможные побочные действия |
| Препараты для парентерального введения | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Препараты для приема внутрь | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Профилактические рекомендации пациенту при выписке из стационара**

*(указываются необходимые пациенту профилактические мероприятия с учетом имеющегося заболевания, факторов риска, особенностей образа жизни)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ПЛАН УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ**

ФИО пациента ………………………………………………………… Дата ...................................

Проблемы пациента ………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Цель краткосрочная ……………………………………………………………………………………………………………….. срок……………………..

Цель долгосрочная …………………………………………………………………………………………………………….. срок ……………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N  п/п | План действий | Мотивация | Периодичность, кратность  выполнения |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

К плану ухода обязательно прилагается: оформленный температурный лист (заполняется в течение всего времени курации пациента)