

1. Порядок заполнения бланка «ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ» (шаблон 1)

Кто заполняет	Когда заполняет
• МС отделения	<ul style="list-style-type: none">➤ по результату опроса и осмотра пациента при поступлении в отделение (до утренней конференции и передачи текущей смены);➤ по мере сбора дополнительной информации;➤ при выписке пациента из стационара
Кто проверяет	Когда проверяет
Старшая медсестра	<ul style="list-style-type: none">➤ после приема пациента в отделение и оформления документации;➤ при осуществлении контроля качества оказания медицинской помощи и проверке медицинской документации.
Заведующий отделением	<ul style="list-style-type: none">➤ при закрытии медицинской карты проверяет записи врачебного и сестринского блоков МКСБ.
Дежурный врач	<ul style="list-style-type: none">➤ если пациент поступил по дежурству и выбыл до утренней конференции.

Важно!

- Бланк является рабочим инструментом для внесения информации о пациенте в отделение.
- Бланк помогает собрать важную информацию о пациенте на одном листе.
- Позволяет обеспечить преемственность между медицинскими сестрами разных смен, а также врачами и младшим персоналом.
- Ответственность за заполнение листа несет палатная медицинская сестра.
- Оформленный бланк сразу помещается в папку на кольца и хранится на посту.

Последовательность заполнения:

1. Сразу заполнить верхнюю часть бланка в электронном виде или «от руки» (см. рисунок № 1- **голубая заливка**):

- ✓ Номер карты (должен соответствовать №МКСБ)
- ✓ Дата поступления
- ✓ Отделение
- ✓ Номер палаты
- ✓ ФИО пациента (полностью Фамилия Имя Отчество)
- ✓ Пол пациента
- ✓ Дата рождения
- ✓ Возраст – полных лет на момент оформления МК

2. По мере проведения опроса и сбора анамнеза, а также информации от лечащего врача, заполнить последующие разделы:

- ✓ Речь, слух, зрение
- ✓ Способы коммуникации
- ✓ Как предпочтительнее обращаться к пациенту
- ✓ Состояния, требующие дополнительного внимания, в т. ч. психомоторное возбуждение (двигательное беспокойство + тревога, растерянность, галлюцинации, бред, помрачение сознания)
- ✓ Эпидемиологический анамнез
- ✓ Пациент принимает: НС/ ПВ/ ПКУ. Информация в этом разделе может изменяться/дополняться, о чем должна появиться соответствующая запись с датой и подписью сотрудника.
- ✓ Лекарственная или пищевая непереносимость

3. Информацию о семейном положении и сфере профессиональной деятельности можно внести позже, по мере получения информации (см. рисунок № 1- **желтая заливка**):

4. Раздел «Информированность пациента» заполнить по информации от лечащего врача, допустимо на утренней конференции (см. рисунок № 1- **желтая заливка**). Если в дальнейшем информация меняется, все

изменения отражать в Листе оценки состояния пациента медицинской сестрой в отделении в разделе «Дополнения».

5. Отметить рост и вес пациента по факту измерения или по данным из МКСБ.
6. Внести информацию о принятых вместе с пациентом документах, ценностях и вещах. Указать место их хранения. Опись этих вещей указать в специальном журнале. Информация в этом разделе может изменяться/дополняться, о чем должна появиться соответствующая запись с датой и подписью сотрудника.
7. До окончания смены, в которую был принят пациент, сформировать «Основные проявления болезни на момент госпитализации» (*примеры записей указаны ниже*).
8. Перед передачей смены медсестра текущей смены ставить свои ФИО и подпись, подтверждая правильность внесенных данных.

Примеры записей в разделе «Основные проявления болезни на момент госпитализации»

- Болевой синдром
- Лихорадка
- Угнетение сознания
- Судорожный синдром
- Когнитивное снижение, парез конечностей, ограничение двигательной активности
- Высокий риск кровотечения
- Одышка
- НИВЛ, ИВЛ, дыхание через трахеостому
- Дисфагия
- Пролежневый процесс
- Асцит
- Гидроторакс
- Терминальное состояние
- Психомоторное возбуждение
- Диспепсический синдром
- Слабость
- Кахексия
- Обезвоживание
- Сниженный эмоциональный фон
- Недержание мочи/кала
- Дефекты кожного покрова (пергаментная кожа, желтушность, цианоз, высыпания, опрелости)
- Раневой процесс (локализация, особенности – свищ, инфекция)
- Трофические язвы
- Лимфорея, лимфостаз
- Наличие стом, дренажей, катетеров (локализация)

Рисунок №1. Пример заполнения бланка «Титульный лист

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № 0730-21-С сестринского ухода за пациентом в стационаре																																									
Поступление дата 10.09.2021	Выписка дата _____																																								
Отделение ОПМП	палата № 8																																								
переведен в отделение _____	палата № _____																																								
Фамилия, имя, отчество	Киселева Анна Васильевна																																								
Пол <input checked="" type="checkbox"/> жен <input type="checkbox"/> муж	Дата рождения: 15.09.1941																																								
Возраст 80																																									
Речь <input checked="" type="checkbox"/> свободно <input type="checkbox"/> с трудом <input type="checkbox"/> говорит бессвязно <input type="checkbox"/> не способен говорить <input type="checkbox"/> языковой барьер <input type="checkbox"/> иное Слух <input type="checkbox"/> сохранен <input checked="" type="checkbox"/> снижен <input type="checkbox"/> глухота <input checked="" type="checkbox"/> слух. аппарат Зрение <input type="checkbox"/> сохранено <input checked="" type="checkbox"/> снижено: <input checked="" type="checkbox"/> очки <input type="checkbox"/> линзы <input type="checkbox"/> полная слепота Состояния, требующие дополнительного внимания: <input checked="" type="checkbox"/> ГБ <input type="checkbox"/> БА <input checked="" type="checkbox"/> СД: <input checked="" type="checkbox"/> инсулин <input type="checkbox"/> таблетки <input checked="" type="checkbox"/> диета <input type="checkbox"/> эпилепсия <input checked="" type="checkbox"/> деменция <input type="checkbox"/> БАС Психомоторное возбуждение <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть: Эпидемиологический анамнез: <input type="checkbox"/> ВИЧ <input type="checkbox"/> гепатит В <input type="checkbox"/> гепатит С иное:	Способы коммуникации <input checked="" type="checkbox"/> речь <input type="checkbox"/> жесты <input type="checkbox"/> письмо <input type="checkbox"/> алфавит <input type="checkbox"/> иное Как предпочтительнее обращаться к пациенту? <input checked="" type="checkbox"/> имя <input checked="" type="checkbox"/> отчество <input type="checkbox"/> иное: Сфера профессиональной деятельности: Повар Семейное положение <input type="checkbox"/> холост/не замужем <input checked="" type="checkbox"/> женат/замужем <input type="checkbox"/> вдовец/вдова <input type="checkbox"/> в разводе <input type="checkbox"/> в фактическом браке																																								
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ* * Заполняется по информации от врача																																									
Пациент принимает <input checked="" type="checkbox"/> НС <input checked="" type="checkbox"/> ПВ <input checked="" type="checkbox"/> ПКУ <input type="checkbox"/> иное: Лекарственная непереносимость <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть: Пищевая непереносимость <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть: Другие виды аллергии:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">ПАЦИЕНТА</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Да</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Нет</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Не ясно</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Не желает знать</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">о диагнозе</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">о прогнозе</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">о причине госпитализ</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">о месте госпитализ</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">СЕМЬИ</td> <td style="text-align: center;">Да</td> <td style="text-align: center;">Нет</td> <td style="text-align: center;">Не ясно</td> <td style="text-align: center;">Не желает знать</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">о диагнозе</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">о прогнозе</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	ПАЦИЕНТА	Да	Нет	Не ясно	Не желает знать	о диагнозе	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	о прогнозе	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	о причине госпитализ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	о месте госпитализ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	СЕМЬИ	Да	Нет	Не ясно	Не желает знать	о диагнозе	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	о прогнозе	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ПАЦИЕНТА	Да	Нет	Не ясно	Не желает знать																																					
о диагнозе	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
о прогнозе	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
о причине госпитализ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
о месте госпитализ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
СЕМЬИ	Да	Нет	Не ясно	Не желает знать																																					
о диагнозе	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
о прогнозе	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Рост ≈ 166 см Вес ≈ 34 кг <input type="checkbox"/> невозможно взвесить <input checked="" type="checkbox"/> кахексия <input type="checkbox"/> ожирение																																									
Принято: <input checked="" type="checkbox"/> документы, место хранения – в сейфе <input checked="" type="checkbox"/> ценности, место хранения – в сейфе <input checked="" type="checkbox"/> вещи, место хранения – в палате №8, в шкафу																																									
Основные проявления болезни на момент госпитализации: Болевой синдром Сниженный эмоциональный фон Кахексия Асцит Распад опухоли в области левой молочной железы Пролежневый процесс –крестец, лев. вертел, лев. пятка Недержание мочи Установлены: гастростома, уретральный катетер																																									
ФИО, подпись м/с Иванова Анна Васильевна <i>ABU</i>																																									