

### 3. Порядок заполнения бланка «ЛИСТ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ В ОТДЕЛЕНИИ» (шаблон 3)

Кто заполняет	Когда заполняет
МС отделения	➤ первичная оценка при приеме пациента в отделении.
Кто проверяет	Когда проверяет
Старшая медсестра	➤ после приема пациента в отделение/ на утренней конференции;
Заведующий отделением	➤ при закрытии медицинской карты проверяет записи врачебного и сестринского блоков МКСБ.
Дежурный врач	➤ при закрытии медицинской карты, если пациент поступил по дежурству и выбыл до утренней конференции.

#### Важно!

- Бланк является рабочим инструментом для внесения информации о пациенте в отделении.
- Бланк помогает собрать важную информацию о состоянии пациента и план мероприятий по уходу 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 (см. рисунок № 1- **голубая заливка**):

- ✓ МКСБ №.
- ✓ ФИО пациента.
- ✓ Дата (оформления).
- ✓ Время (осмотра).
- ✓ Номер листа по порядку.
- ✓ Первый блок разделов «Общее состояние» (колонка слева) - оценка критериев, которые влияют на срочное принятие решений медсестрой.
- ✓ Ведущий тягостный симптом:
  - Боль
  - Интоксикация
  - Угнетение сознания
  - Судороги
  - Неврологический дефицит
  - Кровотечение
  - Одышка
  - Отсутствие самостоятельного дыхания
  - Дисфагия
  - Пролежневый процесс
  - Асцит
  - Гидроторакс
  - Терминальное состояние
  - Психомоторное возбуждение
  - Тошнота, рвота
- ✓ Первый блок «Мероприятия» (колонка справа) – действия медсестры, которые необходимо выполнить срочно.

2. Далее провести оценку критериев по системам (последующие блоки левой колонки).

3. Сформировать план мероприятий (правая колонка).

4. Оценить нуждаемость в помощи персонала при проведении гигиенических мероприятий и осуществлении двигательной активности (*левая колонка*) – «*Не нуждается в помощи*», «*Частично нуждается в помощи*», «*Полностью зависим от помощи*».
5. Заполнить раздел «Уточнение по мероприятиям» (*колонка справа*).
6. Заполнить раздел «Заключение. Пациент нуждается в....» (*примеры записей указаны ниже*).
7. Указать свои ФИО и подпись в графе «ФИО и подпись м/с».
8. Старшая медсестра заполняет графу «ФИО и подпись старшей м/с».

**Важно!** Бланк должен быть заполнен полностью до утренней конференции и передачи текущей смены.

#### **Примеры записей в разделе «Заключение. Пациент нуждается в.....»**

- Симптоматической терапии
- Профилактике контрактур
- Противоопролежневых мероприятиях
- Перевязках
- Уходе за дренажами, стомами, катетерами
- Динамическом наблюдении
- Сопровождении в последние дни и часы жизни
- Общении и поддержке
- Обучении самоуходу
- Гигиеническом уходе
- Помощи при кормлении
- Профилактике риска аспирации
- Помощи при передвижении
- Профилактике риска падения

ЛИСТ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ В ОТДЕЛЕНИИ № 1

МКСБ № 0730-21-С ФИО пациента Киселева Анна Васильевна Дата 10.09.2021 Время 12:30

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ	МЕРОПРИЯТИЯ
<p>Сознание <input checked="" type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> нет Продуктивный контакт <input checked="" type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> нет</p> <p>Ориентируется во времени, пространстве <input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p> <p>Ведущий тягостный синдром: <b>Боль, кровотечение, пролежни</b></p> <p>Боль <input type="checkbox"/> нет <input checked="" type="checkbox"/> есть <b>8</b> балла по <input checked="" type="checkbox"/> ВАШ <input type="checkbox"/> НОШ <input type="checkbox"/> PAINAD</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> гримаса боли <input checked="" type="checkbox"/> болевое поведение</p> <p>Характер, локализация боли: <b>постоянная ноющая боль в области поясницы</b></p> <p>Судорожный синдром <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть</p> <p>Лихорадочное состояние <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть, температура <b>37,2</b></p> <p>Видимое кровотечение <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть</p> <p>Риск кровотечения <input checked="" type="checkbox"/> нет <input checked="" type="checkbox"/> <b>есть область распада - левая молочная железа</b></p> <p>Психомоторное возбуждение <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть, проявляется</p> <p>Эмоциональное состояние <input type="checkbox"/> доброжелательное <input type="checkbox"/> ровное <input type="checkbox"/> замкнуто <input checked="" type="checkbox"/> подавлено</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> тревожен <input type="checkbox"/> возбужден <input type="checkbox"/> раздражен <input type="checkbox"/> эйфоричен <input type="checkbox"/> агрессивен <input type="checkbox"/> плаксив</p> <p>Дыхание <input checked="" type="checkbox"/> свободное <input type="checkbox"/> затруднено</p> <p>Одышка <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть, ЧДД ..... SpO2 .....</p> <p>Кашель <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть: <input type="checkbox"/> сухой <input type="checkbox"/> с мокротой</p> <p>Вынужденное положение <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p>Использует <input type="checkbox"/> ИВЛ <input type="checkbox"/> НИВЛ <input type="checkbox"/> кислородный концентратор <input type="checkbox"/> небулайзер</p> <p><input type="checkbox"/> откашливатель <input type="checkbox"/> трахеостома № ..... Санитрована <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p> <p>Пациент в процессе умирания <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p>ЖКТ Питание, употребление жидкости: <input type="checkbox"/> самостоятельно <input checked="" type="checkbox"/> частично нуждается в помощи <input type="checkbox"/> полностью зависит от посторонней помощи;</p> <p>через: <input checked="" type="checkbox"/> рот <input type="checkbox"/> оростому <input type="checkbox"/> эзофагостому <input checked="" type="checkbox"/> гастростому <input type="checkbox"/> энюстому</p> <p><input type="checkbox"/> НГЗ № ..... <input type="checkbox"/> слева <input type="checkbox"/> справа <input type="checkbox"/> парентеральное</p> <p>Дата установки мед изделия <b>01.08.2021</b></p> <p>Признаки воспаления <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Трехлотковая проба проведена, дата: <b>10.09.2021</b></p> <p>Результат пробы: <input checked="" type="checkbox"/> положительный <input type="checkbox"/> отрицательный</p> <p>Глотание <input type="checkbox"/> не нарушено <input type="checkbox"/> невозможно определить <input checked="" type="checkbox"/> нарушено:</p> <p><input type="checkbox"/> не глотает <input checked="" type="checkbox"/> только глотки <input type="checkbox"/> только жидкое <input checked="" type="checkbox"/> только с загустителем</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> только измельченная пища</p> <p>Диета <input type="checkbox"/> ОВД <input type="checkbox"/> ШД <input checked="" type="checkbox"/> без сахара <input checked="" type="checkbox"/> зондовое питание</p> <p>Особенности питания <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> загуститель</p> <p>Слизистая полости рта <input checked="" type="checkbox"/> чистая <input type="checkbox"/> с изменениями</p> <p>съемные протезы <input checked="" type="checkbox"/> верхние <input type="checkbox"/> нижние</p> <p>Икота <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть <b>Отрыжка</b> <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> только после еды</p> <p>Тошнота <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> только после еды</p> <p>Рвота <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть, частота ..... раз в сут.,</p> <p><input type="checkbox"/> до еды <input type="checkbox"/> после еды <input type="checkbox"/> во время еды <input type="checkbox"/> иное</p> <p>Характер рвотных масс: <input type="checkbox"/> съеденной пищей <input type="checkbox"/> слизь <input type="checkbox"/> желчь <input type="checkbox"/> кофейная гуща</p> <p><input type="checkbox"/> примесь каловых масс <input type="checkbox"/> иное</p> <p>Риск аспирации <input type="checkbox"/> нет <input checked="" type="checkbox"/> есть <b>Признаки аспита</b> <input type="checkbox"/> нет <input checked="" type="checkbox"/> есть</p> <p>Прочее: <input type="checkbox"/> холангиостома <input type="checkbox"/> холецистостома, дата установки .....</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> лапароцентез <input type="checkbox"/> торакоцентез, дата: <b>09.09.2021</b></p> <p>Признаки воспаления <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть</p> <p><b>ТАЗОВЫЕ ФУНКЦИИ</b></p> <p>Мочепускание <input type="checkbox"/> контролирует <input checked="" type="checkbox"/> не контролирует</p> <p>катетер <input checked="" type="checkbox"/> уретральный <input type="checkbox"/> цистостомический <input type="checkbox"/> урорезерватив</p> <p>Дата установки мед изделия <b>01.09.2021</b></p> <p>Признаки воспаления <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть</p> <p>Моча <input checked="" type="checkbox"/> прозрачная <input type="checkbox"/> с примесью</p> <p>изменения в <input type="checkbox"/> цвете <input type="checkbox"/> запахе</p> <p>Стул <input type="checkbox"/> контролирует <input checked="" type="checkbox"/> не контролирует <input type="checkbox"/> регулярный <input checked="" type="checkbox"/> нерегулярный</p> <p>периодичность <b>1</b> раз в <b>5</b> дн.</p> <p><input type="checkbox"/> неустойчивый <input checked="" type="checkbox"/> запор <input type="checkbox"/> диарея <input type="checkbox"/> оформленный</p> <p><input type="checkbox"/> с примесью</p> <p>изменения в цвете ..... Дата последней дефекации: <b>05.09.2021</b></p> <p>Стома <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> нефростома: <input type="checkbox"/> справа <input type="checkbox"/> слева</p> <p><input type="checkbox"/> цистостома <input type="checkbox"/> илеостома <input type="checkbox"/> колостома</p> <p>Дата установки мед изделия .....</p> <p>Признаки воспаления <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть</p> <p>Посещение туалетной комнаты: <input type="checkbox"/> самостоятельно <input type="checkbox"/> в сопровождении</p> <p><input type="checkbox"/> на санитарном стуле <input checked="" type="checkbox"/> не посещает</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> срочно вызвать врача</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> введено ЛС <b>р-р Морфин 10 мг/мл 1 мл п/к</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> оценивать боль при каждом подходе, через 20 минут после введения ЛС</p> <p><input type="checkbox"/> организовать индивидуальный пост</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> разместить в палате рядом с постом</p> <p><input type="checkbox"/> разместить в боксе/одиоместная палата</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> застелить постельное белье темных цветов</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> внести специальные обозначения на прикроватную табличку</p> <p><input type="checkbox"/> приподнять головной конец кровати</p> <p><input type="checkbox"/> обеспечить емкостью для мочи</p> <p><input type="checkbox"/> санитировать трахеостому ..... р/сут</p> <p><input type="checkbox"/> обрабатывать трахеостом. отверстие ..... р/сут</p> <p><input type="checkbox"/> организовать уход за умирающим</p> <p><input type="checkbox"/> иное:</p> <p>При кормлении: <input type="checkbox"/> высаживать за стол</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> поднимать головной конец кровати</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> кормить с ложки <input checked="" type="checkbox"/> помогать при приеме пищи</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> кормить через стому <input checked="" type="checkbox"/> питательные смеси</p> <p><input type="checkbox"/> сипинг, ступень .....</p> <p><input type="checkbox"/> кормить через НГЗ <input type="checkbox"/> удалить НГЗ <input type="checkbox"/> заменить НГЗ</p> <p>Уход за: <input type="checkbox"/> НГЗ <input type="checkbox"/> оростомой <input type="checkbox"/> эзофагостомой</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> гастростомой <input type="checkbox"/> энюстомой</p> <p><input type="checkbox"/> питание парентерально <input checked="" type="checkbox"/> загущать жидкости</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> измельчать пищу <input type="checkbox"/> протирать пищу</p> <p><input type="checkbox"/> считать суточный калораж</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> считать объем выпитой/введенной жидкости</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> оценивать потребляемую пищу (в т.ч. от родственников и волонтеров)</p> <p><input type="checkbox"/> регистрировать рвоту/тошноту/икоту/отрыжку</p> <p><input type="checkbox"/> обеспечивать доступность чистой емкости для сбора рвотных масс</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> приподнимать головной конец кровати</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> очищать полость рта после каждого приема пищи</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> уход за съемными протезами</p> <p><input type="checkbox"/> очищать полость рта не менее 2х раз в день</p> <p><input type="checkbox"/> иное: .....</p> <p>Уход за: <input type="checkbox"/> холангиостомой <input type="checkbox"/> холецистостомой</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> дренажной системой</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> считать объем выделенного по дренажной системе</p> <p>Применять: <input type="checkbox"/> подгузник <input checked="" type="checkbox"/> пеленку <input type="checkbox"/> судно</p> <p><input type="checkbox"/> урологическую прокладку <input type="checkbox"/> урорезерватив</p> <p>Провести: <input type="checkbox"/> клизму <input type="checkbox"/> мануальную эвакуацию</p> <p>Ежедневный уход за: <input checked="" type="checkbox"/> уретральным катетером</p> <p><input type="checkbox"/> нефростомой <input type="checkbox"/> цистостомой</p> <p><input type="checkbox"/> илеостомой <input type="checkbox"/> колостомой</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> замена/опорожнение мешка <input checked="" type="checkbox"/> ежедневно, <input type="checkbox"/> .... р/сут</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> замена уретрального катетера 1 раз в <b>21</b> дн</p> <p>дата следующей замены <b>22.09.2021</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> считать объем выделенного за сутки</p> <p><input type="checkbox"/> сопровождать в туалетную комнату</p> <p><input type="checkbox"/> высаживать на санитарный стул</p>

Рисунок №1. Пример заполнения бланка «Лист оценки состояния пациента медицинской сестрой в отделении»



<b>КОЖНЫЙ ПОКРОВ:</b> <input type="checkbox"/> нормальной окраски <input checked="" type="checkbox"/> бледный <input type="checkbox"/> цианотичный <input type="checkbox"/> желтушный <input type="checkbox"/> гиперемирован <input type="checkbox"/> влажный <input checked="" type="checkbox"/> сухой <input checked="" type="checkbox"/> шелушения <input checked="" type="checkbox"/> пергаментная кожа <input type="checkbox"/> чистый <input type="checkbox"/> высыпания:..... <b>Видимые слизистые:</b> <input checked="" type="checkbox"/> без изменений <input type="checkbox"/> иное:..... <b>Дефекты кожного покрова:</b> <input type="checkbox"/> нет <input checked="" type="checkbox"/> есть <input checked="" type="checkbox"/> пролежень <b>крестец, лев. вертел, лев. пятка</b> <input checked="" type="checkbox"/> распад опухоли <b>лев. молоч. железа</b> <input type="checkbox"/> трофическая язва..... <input type="checkbox"/> рожистое воспаление..... <input type="checkbox"/> контактный дерматит..... <input checked="" type="checkbox"/> опрелость <b>в паховой области</b> <input type="checkbox"/> петехии..... <input type="checkbox"/> гематома..... <input type="checkbox"/> ожог..... <input type="checkbox"/> рубец..... <input type="checkbox"/> рана..... <input checked="" type="checkbox"/> иное:..... <b>Тургор:</b> <input type="checkbox"/> нормальный <input checked="" type="checkbox"/> снижен <b>Отеки:</b> <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть, локализация:..... <input type="checkbox"/> Лимфостаз <input type="checkbox"/> Лимфорея, локализация:.....					<input checked="" type="checkbox"/> Заполнен Лист оценки дефектов кожного покрова  Проводить: <input checked="" type="checkbox"/> обработку <input checked="" type="checkbox"/> перевязку <input type="checkbox"/> иное:..... <input checked="" type="checkbox"/> Осуществлять динамическое наблюдение.....				
<b>ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ:</b> <input checked="" type="checkbox"/> без особенностей <input type="checkbox"/> отсутствие конечности(ей)..... <input type="checkbox"/> переломы <input checked="" type="checkbox"/> контрактуры, локализация: <b>коленных суставов</b> <input type="checkbox"/> протезы..... <input type="checkbox"/> иное:.....					<input checked="" type="checkbox"/> позиционирование <input checked="" type="checkbox"/> активизация				
<b>Установлены:</b> <input type="checkbox"/> порт –система, катетер: <input checked="" type="checkbox"/> периферический <input type="checkbox"/> центральный Дата установки <b>07.09.2021</b> Признаки воспаления <input checked="" type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть:.....					Уход <input checked="" type="checkbox"/> ежедневно <input type="checkbox"/> 1 раз в ..... дн. <input checked="" type="checkbox"/> Плановая замена, дата <b>10.09.2021</b> <input type="checkbox"/> Удаление, дата .....				
	<b>Критерий /Функция</b>	<b>Не нуждается в помощи</b>	<b>Частично нуждается в помощи</b>	<b>Полностью зависит от помощи</b>	<b>Уточнения по мероприятиям</b>				
<b>Личная гигиена</b>	Принятие душа/ванны	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ежедневно <input checked="" type="checkbox"/> 1 раз в 7 дн, дата план.: <b>16.09.2021</b>				
	Мытье волос	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ежедневно <input checked="" type="checkbox"/> 1 раз в 7 дн, дата план.: <b>16.09.2021</b>				
	Интимная гигиена	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ежедневно <b>2р/сут</b> <input checked="" type="checkbox"/> по потребности				
	Мытье лица	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ежедневно <b>2р/сут</b>				
	Уход за глазами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ежедневно <b>2р/сут</b>				
	Уход за носовыми ходами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ежедневно <b>2р/сут</b>				
	Уход за ушными раковинами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ежедневно <input checked="" type="checkbox"/> 1 раз в 7 дн, дата план.: <b>16.09.2021</b>				
	Чистка зубов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ежедневно <b>2р/сут</b>				
	Уход за съемными протезами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ежедневно, после каждого приема пищи				
	Мытье рук	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ежедневно <b>6р/сут</b>				
	Уход за ногтями на руках	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ежедневно <input checked="" type="checkbox"/> 1 раз в 7 дн, дата план.: <b>16.09.2021</b>				
	Уход за стопами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ежедневно <input checked="" type="checkbox"/> 1 раз в 7 дн, дата план.: <b>16.09.2021</b>				
	Бритье	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ежедневно <input type="checkbox"/> 1 раз в ..... дней, дата:.....				
	Причесывание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ежедневно <b>2р/сут</b>				
	Смена нательного белья	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ежедневно <input checked="" type="checkbox"/> по потребности				
Смена постельного белья	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ежедневно <input checked="" type="checkbox"/> по потребности					
Смена компрессионного белья	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ежедневно					
<b>Двигательная активность</b>	Перемещается в кровати	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> опустить кровать в низкую позицию				
	Передвигается в пределах прикроватного пространства	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> зафиксировать тормозные педали				
	Передвигается по палате	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> поднять боковые ограничители в кровати				
	Передвигается по отделению	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> положить рядом средство вызова медсестры				
	Прогулки по территории	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> поместить рядом бутылку с водой, телефон				
	Использует: <input type="checkbox"/> гротель <input type="checkbox"/> ходунки <input checked="" type="checkbox"/> кресло-каталку	<input checked="" type="checkbox"/> изменять положения тела пациента каждые 2 ч							
	<b>Риск падения по Морсе 60 балл</b> <input type="checkbox"/> с высоты роста <input checked="" type="checkbox"/> с высоты кровати	<input checked="" type="checkbox"/> обеспечить противопролежневыми изделиями							
	<b>Риск возникновения пролежней по Нортон 10 балл</b>	<input checked="" type="checkbox"/> обучить пациента изменять положение в постели с помощью приспособлений							
	<b>PPS 30 %</b>	<input checked="" type="checkbox"/> перемещать с помощью подъемника/помощника							
		<input checked="" type="checkbox"/> организовать безопасное пространство							
<input checked="" type="checkbox"/> надеть на руку браслет желтого цвета <input checked="" type="checkbox"/> проинструктировать по профилактике падений <input checked="" type="checkbox"/> помогать при передвижении <input checked="" type="checkbox"/> включать ночник в темное время <input checked="" type="checkbox"/> пассивная гимнастика <input checked="" type="checkbox"/> профилактика контрактур <input checked="" type="checkbox"/> массаж									

**Заключение:** *нуждается в симптоматической терапии, гигиеническом уходе, динамическом наблюдении, помощи при кормлении и передвижении. Общени и поддержке.*

*Перевязках, уходе за дренажами, стомами, катетерами.*

*Профилактике риска аспирации, кровотечения и падения, противопролежневых мероприятий.*

ФИО, подпись м/с **Иванова Анна Васильевна АВИА**

ФИО, подпись старшей м/с **Краснова Вера Ивановна ВИКРАС**