

ЛИСТ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ В ОТДЕЛЕНИИ

№

МКСБ№

ФИО пациента

Дата

Время

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ	МЕРОПРИЯТИЯ
<p>Сознание <input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> нет Продуктивный контакт <input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> нет</p> <p>Ориентируется во времени, пространстве <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p> <p>Ведущий тягостный синдром:</p> <p>Боль <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть балл по <input type="checkbox"/> ВАШ <input type="checkbox"/> НОШ <input type="checkbox"/> PAINAD</p> <p><input type="checkbox"/> гримаса боли <input type="checkbox"/> болевое поведение</p> <p>Характер, локализация боли:</p> <p>Судорожный синдром <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть</p> <p>Лихорадочное состояние <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть, температура</p> <p>Видимое кровотечение <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть</p> <p>Риск кровотечения <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/></p> <p>Психомоторное возбуждение <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть, проявляется</p> <p>Эмоциональное состояние <input type="checkbox"/> доброжелательное <input type="checkbox"/> ровное <input type="checkbox"/> замкнут <input type="checkbox"/> подавлен</p> <p><input 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><input type="checkbox"/> срочно вызвать врача</p> <p><input type="checkbox"/> введено ЛС</p> <p><input type="checkbox"/> оценивать боль при каждом подходе, через 20 минут после введения ЛС</p> <p><input type="checkbox"/> организовать индивидуальный пост</p> <p><input type="checkbox"/> разместить в палате рядом с постом</p> <p><input type="checkbox"/> разместить в боксе/одноместная палата</p> <p><input type="checkbox"/> застелить постельное белье темных цветов</p> <p><input 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 мокроты</p> <p><input type="checkbox"/> санировать 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>Дыхание <input type="checkbox"/> свободное <input type="checkbox"/> затруднено</p> <p>Одышка <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть, ЧДД SpO2</p> <p>Кашель <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть: <input type="checkbox"/> сухой <input type="checkbox"/> с мокротой</p> <p>Вынужденное положение <input 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 № Санирована <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p>	
<p>Пациент в процессе умирания <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p>	
<p>ЖКТ Питание, употребление жидкости: <input type="checkbox"/> самостоятельно <input type="checkbox"/> частично нуждается в помощи <input type="checkbox"/> полностью зависим от посторонней помощи;</p> <p>через: <input type="checkbox"/> рот <input type="checkbox"/> оростому <input type="checkbox"/> эзофагостому <input type="checkbox"/> гастростому <input type="checkbox"/> еюностому</p> <p><input type="checkbox"/> НГЗ № <input type="checkbox"/> слева <input type="checkbox"/> справа <input type="checkbox"/> парентеральное</p> <p>Дата установки мед изделия</p> <p>Признаки воспаления <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть</p> <p><input type="checkbox"/> Трехглотковая проба проведена, дата:</p> <p>Результат пробы: <input type="checkbox"/> положительный <input type="checkbox"/> отрицательный</p> <p>Глотание <input type="checkbox"/> не нарушено <input type="checkbox"/> невозможно определить <input type="checkbox"/> нарушено:</p> <p><input type="checkbox"/> не глотает <input type="checkbox"/> только глотки <input type="checkbox"/> только жидкое <input type="checkbox"/> только с загустителем</p> <p><input type="checkbox"/> только измельченная пища</p> <p>Диета <input type="checkbox"/> ОВД <input type="checkbox"/> ШД <input type="checkbox"/> без сахара <input type="checkbox"/> зондовое питание</p> <p>Особенности питания <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p><input type="checkbox"/> загуститель <input type="checkbox"/> степень загущения</p>	<p>При кормлении: <input type="checkbox"/> высаживать за стол</p> <p><input type="checkbox"/> поднимать головной конец кровати</p> <p><input type="checkbox"/> кормить с ложки <input type="checkbox"/> помогать при приеме пищи</p> <p><input type="checkbox"/> кормить через стому <input type="checkbox"/> питательные смеси</p> <p><input type="checkbox"/> сипинг, Stage</p> <p><input type="checkbox"/> кормить через НГЗ <input type="checkbox"/> удалить НЗГ <input type="checkbox"/> заменить НЗГ</p> <p>Уход за: <input type="checkbox"/> НГЗ <input type="checkbox"/> оростомой <input type="checkbox"/> эзофагостомой</p> <p><input type="checkbox"/> гастростомой <input type="checkbox"/> еюностомой</p> <p><input type="checkbox"/> питание парентерально <input type="checkbox"/> загущать жидкости</p> <p><input type="checkbox"/> измельчать пищу <input type="checkbox"/> протирать пищу</p> <p><input type="checkbox"/> считать суточный калораж</p> <p><input type="checkbox"/> считать объем выпитой/введенной жидкости</p> <p><input type="checkbox"/> оценивать потребляемую пищу (в т.ч. от родственников и волонтеров)</p>
<p>Слизистая полости рта <input type="checkbox"/> чистая <input type="checkbox"/> с изменениями</p> <p>съемные протезы <input type="checkbox"/> верхние <input type="checkbox"/> нижние</p> <p>Икота <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть Отрыжка <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> только после еды</p> <p>Тошнота <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> только после еды</p> <p>Рвота <input 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 type="checkbox"/> есть Признаки асцита <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть</p>	<p><input type="checkbox"/> регистрировать рвоту/тошноту/икоту/отрыжку</p> <p><input type="checkbox"/> обеспечить доступность чистой емкости для сбора рвотных масс</p> <p><input type="checkbox"/> приподнимать головной конец кровати</p> <p><input type="checkbox"/> очищать полость рта после каждого приема пищи</p> <p><input 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>Прочее: <input type="checkbox"/> холангиостома <input type="checkbox"/> холецистостома, дата установки</p> <p><input type="checkbox"/> лапароцентез <input type="checkbox"/> торакоцентез, дата:</p> <p>Признаки воспаления <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть</p>	<p>Уход за: <input type="checkbox"/> холангиостомой <input type="checkbox"/> холецистостомой</p> <p><input type="checkbox"/> дренажной системой</p> <p><input type="checkbox"/> считать объем выделенного по дренажной системе</p>
<p>ТАЗОВЫЕ ФУНКЦИИ</p> <p>Мочепуспускание <input type="checkbox"/> контролирует <input type="checkbox"/> не контролирует</p> <p>катетер <input type="checkbox"/> уретральный <input type="checkbox"/> цистостомический <input type="checkbox"/> уропрезерватив</p> <p>Дата установки мед изделия</p> <p>Признаки воспаления <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть</p> <p>Моча <input type="checkbox"/> прозрачная <input type="checkbox"/> с примесями</p> <p>изменения в <input type="checkbox"/> цвете</p> <p><input type="checkbox"/> запахе</p> <p>Стул <input type="checkbox"/> контролирует <input type="checkbox"/> не контролирует <input type="checkbox"/> регулярный <input type="checkbox"/> нерегулярный</p> <p>периодичность раз в дн.</p> <p><input type="checkbox"/> неустойчивый <input type="checkbox"/> запор <input type="checkbox"/> диарея <input type="checkbox"/> оформленный</p> <p><input type="checkbox"/> с примесями</p> <p><input type="checkbox"/> изменения в цвете</p> <p>Дата последней дефекации:</p> <p>Стома <input 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 type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть</p>	<p>Применять: <input type="checkbox"/> подгузник <input type="checkbox"/> пеленку <input type="checkbox"/> судно</p> <p><input type="checkbox"/> урологическую прокладку <input type="checkbox"/> уропрезерватив</p> <p>Провести: <input type="checkbox"/> клизму <input type="checkbox"/> мануальную эвакуацию</p> <p>Ежедневный уход за: <input 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 type="checkbox"/> замена/опорожнение мешка <input type="checkbox"/> ежедневно, <input type="checkbox"/> р/сут</p> <p><input type="checkbox"/> замена уретрального катетера 1 раз в дн</p> <p>дата следующей замены</p> <p><input 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>
<p>Посещение туалетной комнаты: <input type="checkbox"/> самостоятельно <input type="checkbox"/> в сопровождении</p> <p><input type="checkbox"/> на санитарном стуле <input type="checkbox"/> не посещает</p>	

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

Заключение:

ФИО, подпись м/с

ФИО, подпись старшей м/с