

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА №

Место для ввода

сестринского ухода за пациентом в стационаре

Поступление дата    дата		Выписка дата    дата	
Отделение		палата №	
наименование		палата №	
переведен в отделение			
Фамилия, имя, отчество	ФИО полностью		
Пол <input type="checkbox"/> жен <input type="checkbox"/> муж	Дата рождения:    дата	Возраст    лет	
<b>Речь</b> <input 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.....		<b>Способы коммуникации</b> <input type="checkbox"/> речь <input type="checkbox"/> жесты <input type="checkbox"/> письмо <input type="checkbox"/> алфавит <input type="checkbox"/> иное.....	
<b>Слух</b> <input type="checkbox"/> сохранен <input type="checkbox"/> снижен <input type="checkbox"/> глухота <input type="checkbox"/> слух. аппарат		<b>Как предпочтительнее обращаться к пациенту?</b>	
<b>Зрение</b> <input type="checkbox"/> сохранено <input type="checkbox"/> снижено: <input type="checkbox"/> очки <input type="checkbox"/> линзы <input type="checkbox"/> полная слепота		<input type="checkbox"/> имя <input type="checkbox"/> отчество <input type="checkbox"/> иное: .....	
<b>Состояния, требующие дополнительного внимания:</b> <input type="checkbox"/> ГБ <input type="checkbox"/> БА <input type="checkbox"/> СД: <input type="checkbox"/> инсулин <input type="checkbox"/> таблетки <input type="checkbox"/> диета <input type="checkbox"/> эпилепсия <input type="checkbox"/> деменция <input type="checkbox"/> БАС Психомоторное возбуждение <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть:		<b>Сфера профессиональной деятельности:</b> .....	
<b>Эпидемиологический анамнез:</b> <input type="checkbox"/> ВИЧ <input type="checkbox"/> гепатит В <input type="checkbox"/> гепатит <input type="checkbox"/> иное:.....		<b>Семейное положение</b> <input type="checkbox"/> холост/не замужем <input type="checkbox"/> женат/замужем <input type="checkbox"/> вдовец/вдова <input type="checkbox"/> в разводе <input type="checkbox"/> в фактическом браке	
<div><b>Пациент принимает</b>   <input type="checkbox"/>НС   <input type="checkbox"/>ПВ   <input type="checkbox"/>ПКУ   <input type="checkbox"/>иное:..... ..... ..... <b>Лекарственная непереносимость</b>   <input type="checkbox"/>нет   <input type="checkbox"/>есть:..... ..... <b>Пищевая непереносимость</b>   <input type="checkbox"/>нет   <input type="checkbox"/>есть:..... ..... Другие виды аллергии:..... ..... .....</div>		<div><b>ИНФОРМИРОВАННОСТЬ*</b> * Заполняется по информации от врача <b>ПАЦИЕНТА</b>    Да   Нет   Не ясно   Не желает знать  о диагнозе       <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>       <input type="checkbox"/>               <input type="checkbox"/> о прогнозе       <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>       <input type="checkbox"/>               <input type="checkbox"/> о причине госпитализ   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>       <input type="checkbox"/>               <input type="checkbox"/> о месте госпитализ       <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>       <input type="checkbox"/>               <input type="checkbox"/> <b>СЕМЬИ</b>        Да   Нет   Не ясно   Не желает знать  о диагнозе       <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>       <input type="checkbox"/>               <input type="checkbox"/> о прогнозе       <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>       <input type="checkbox"/>               <input type="checkbox"/></div>	
Рост ≈.....см   Вес ≈.....кг <input type="checkbox"/> невозможно взвесить <input type="checkbox"/> кахексия <input type="checkbox"/> ожирение			
Принято: <input type="checkbox"/> документы, место хранения..... <input type="checkbox"/> ценности, место хранения..... <input type="checkbox"/> вещи, место хранения .....			
<b>Основные проявления болезни на момент госпитализации:</b> ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....			
ФИО, подпись м/с.....			

## АНКЕТА ПРЕДПОЧТЕНИЙ ПАЦИЕНТА\*\*

\* \*      Заполняется и дополняется по возможности в течение всей госпитализации пациента

<p><b>Анкета заполнена со слов пациента:</b> <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет, указать ФИО и степень родства .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Кто осуществляет уход дома, ФИО и степень родства:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Кому можно предоставлять информацию о состоянии здоровья (в соответствии с ИДС), ФИО и степень родства:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Предпочтения к проведению процедур:</b></p> <p>Время пробуждения, подъема.....</p> <p>Время утреннего туалета.....</p> <p>Дневной сон <input type="checkbox"/> нет, <input type="checkbox"/> да с..... по.....</p> <p>Время подготовки к ночному отдыху.....</p> <p>Пожелания к организации отдыха.....</p> <p>Световой режим (не беспокоит ли яркий свет, шторы, нужен ли ночью свет) .....</p> <p>.....</p> <p><b>Предпочтения в одежде</b>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Предпочтения в еде (блюда, время и температура)</b></p> <p>Любит.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Не любит.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Есть ограничения по допуску посетителей:</b> <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Особенности взаимоотношений пациента с близкими:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Психосоциальные проблемы, которые влияют на самочувствие пациента:</b> <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть (потеря близких, ограничение в значимой деятельности, чувство одиночества, потеря смысла жизни и т.п.):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Предпочитаемая степень активности</b> <input type="checkbox"/> полный покой</p> <p><input type="checkbox"/> согласен на прогулки в кровати / кресле/в сопровождении</p> <p>Хочет ли пациент общения <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да.....</p> <p>.....</p> <p><b>Предпочтения к проведению досуга:</b></p> <p>Любимые занятия / хобби / увлечения.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Любимые передачи на ТВ/радио.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Любимые фильмы .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Любимые книги .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Не любит (раздражает).....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Какие привычки и предпочтения пациент хотел бы сохранить в период пребывания в стационаре</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Домашние животные, которых хочется увидеть</p> <p>.....</p> <p>Пожелания к организации досуга</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Вероисповедание</b>.....</p> <p>Есть желание получать духовную поддержку <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Высказывает пожелания по концу жизни, организации прощания*** <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Вредные привычки</b> <input type="checkbox"/> курение</p> <p>употребление <input type="checkbox"/> алкоголя <input type="checkbox"/> наркотиков <input type="checkbox"/> иное</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Фото до болезни предоставлено</b> <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p>

\*\*\* Заполняется, если пациент сам заводит разговор на эти темы