МКСБ№ **ФИО пациента** **Палата №** **Дата госпитализации** **№**

Лист динамического наблюдения и выполнения манипуляций медсестрой в палате

Дата							
Состояние *(**Ср.Тяж**ести, **Тяж**елое, **Кр.Тяж**елое)*							
Сознание **Е**-есть **Н**-нет							
Продуктивный контакт **Е**-есть **Н**-нет							
Ориентируется во времени, пространстве Да Нет							
Эмоциональное состояние *(указать примеры)*							
Ведущий тягостный синдром							
Риск падения по Морсе **Н С В** с высоты **Р**-роста, **К**-кровати							
Риск аспирации **Н**-нет **Е**-есть							
Риск кровотечения **Н**-нет **Е**-есть							
Риск возникновения пролежней по Нортон **Н С В**							
Прорыв **Боли** по шкале: **В** (ВАШ)/ **Н** (НОШ)/ **Р** (PAINAD) в баллах (*указать точное время*)							
Локализация «прорыва» боли							
Чем купирован «прорыв» боли							
Термометрия							
Глюкозометрия							
Измерение АД, SpO2							
Способность себя обслуживать(PPS) *(указать, что пациент делает самостоятельно)*							
Изменение положения тела *Интервалы времени* 09-10 / 11-12							
АП-активен в палате, **Л**-лево, 13-14 / 15-16							
АК-активен в кровати, **П**-право, 17-18 / 19-20							
СП-спина, **Ж**-живот **Г**-гнездо, 21-22 / 23-24							
Ф-Фаулера, **С**-Симса 01-02 / 03-04							
О-отказ пациента от поворотов 05-06 / 07-08							
Активизация пациента *(**В**-высаживание в **К**-кровати/**Кр**-кресло, **П**-прогулка, **М**-массаж, **ЛФК**, **Г**-гимнастика, **Р**-работа с контрактурами)*							
Характеристики сна *(сон -крепкий, прерывистый, без сна-причина)*							
Слизистая полости рта Чистая; с **И**зменениями *(указать)*							
Обработаны: Рот/**З**убы/**С**ъемные протезы *(указать чем)*							
Функция глотания: **Г-**глотает, **Не Г**-глотает, **зГП** «–» или «+»							
Способ кормления: **Р**от, **З**онд, **ГС**-гастростома, **П**-парентерально, **О**ростома, **Э**зофагостома **Е**юностома							

МКСБ№ **ФИО пациента** **Палата №** **Дата госпитализации** **№**

Дата														
ОВД / **ЩД** / **БС**-без сахара/**З**-загуститель/ **ЗП**- зондовое питание/**С**-сипинг *(указать количество/объем -1/2/3 бутылки/банки/мл)*														
Объем съеденного - ½, ¼ **П**-порции, **Л**- ложка -*указать количество*) ***1***-*завтрак* ***2***-*2-й завтрак* ***3***-*обед* ***4***-*полдник* ***5***-*ужин* ***6***-*2-й ужин*	1-	2-	1-	2-	1-	2-	1-	2-	1-	2-	1-	2-	1-	2-
	3-	4-	3-	4-	3-	4-	3-	4-	3-	4-	3-	4-	3-	4-
	5-	6-	5-	6-	5-	6-	5-	6-	5-	6-	5-	6-	5-	6-
О-отрыжка/ **И**-икота/ **Т**-тошнота/**Р**-рвота *(кратность, характеристика и объем рвотных масс)*														
С-сосудистый катетер/ П-порт-система **УС**-установка, **У**-уход, **УД**-удаление, **З**-замена *Дата:……..*														
НГЗ – УС-установка **У**-уход, **УД**-удаление, **З**-замена *(указать Л-слева, П-справа)* *Дата:……..*														
Стомы - У-уход, **З**-замена, **УД**-удаление *Дата:……..* ☐ **Т**-трахеостома ☐**О**-оростома ☐**Э**-эзофагостома ☐ **Г**-гастростома ☐ **Н**-нефростома: ☐ справа ☐ слева ☐ **Ц**-цистостома ☐ **Х**-холангиостома ☐ **ХЦ**-холецистостома ☐ **И**-илеостома ☐ **Е**-еюностома ☐ **К**-колостома														
Катетеры ☐ уретральный ☐ цистостомический **–УС**-установка, **У**-уход **УД**-удаление, **З**-замена, **У**-уход/ **И**-инстилляция мочевого пузыря *Дата:……..*														
Д-дренажный мешок/**М**-мочеприемник/**К**-калоприемник **О**-опорожнение/ **З**-замена														
Введено, мл ***Р***-*рот,* ***З***-*зонд,* ***С***-*стома,* ***О***-*орошение полости рта,* ***ГС***-*гравитационная система* ***П***-*парентерально*														
	Итого:		*Итого:*		*Итого:*		*Итого:*		*Итого:*		*Итого:*		*Итого:*	
Выделено, мл ***С***-*самостоятельно,* ***М***-*мочеприемник/дренажный мешок*														
	Итого:		*Итого:*		*Итого:*		*Итого:*		*Итого:*		*Итого:*		*Итого:*	
Выделено, мл **по дренажной системе** **Л**- лапароцентез, **Т**-торакоцентез *Дата:……..* *(указать суммарный объем с момента установки дренажа)* **Х**- холангиостома/холецистостома *(указать суммарный объем за сутки)*	*Суммарно:*		*Суммарно:*		*Суммарно:*		*Суммарно:*		*Суммарно:*		*Суммарно:*		*Суммарно:*	
С-стул/ **К**-клизма/ **М**-мануальная эвакуация *(кратность и характеристика)* *Дата:……..*														
В-ванна/**Д**-душ/**О**-обтирание;**С**-стрижка волос **Б**-бритье **У**-уход за ногтями: **Р**-руки/**Н**-ноги *Дата:……..*														
Смена белья *(отметить кратность)* **П**-постельного, **Н**-нательного, **К**-компрессионного														
Фамилия и подпись м/с														

ФИО и подпись старшей м/с_____

Место подклеивания