МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № Место для ввода
сестринского ухода за пациентом в стационаре

Поступление дата дата	Выписка дата дата
Отделение наименование	палата №
переведен в отделение	палата №

Фамилия, имя, отчество	ФИО полностью

Пол ☐жен ☐муж **Дата рождения**: дата **Возраст** лет

Речь ☐свободно ☐с трудом ☐говорит бессвязно
☐не способен говорить ☐языковой барьер
☐иное…….....

Слух ☐сохранен ☐снижен ☐глухота ☐слух. аппарат
Зрение ☐сохранено ☐снижено:☐очки ☐линзы
☐полная слепота

Состояния, требующие дополнительного внимания:
☐ ГБ ☐ БА ☐СД: ☐инсулин ☐таблетки ☐диета
☐ эпилепсия ☐деменция ☐ БАС
Психомоторное возбуждение☐нет ☐есть:
.....

Эпидемиологический анамнез:
☐ВИЧ ☐гепатит В ☐гепатит
☐ иное:.....

Способы коммуникации
☐речь ☐жесты ☐письмо ☐алфавит
☐иное…….....
…….....

Как предпочтительнее обращаться к пациенту?
☐имя ☐отчество ☐иное: .....
…….....

Сфера профессиональной деятельности:
……..
……..

Семейное положение ☐холост/не замужем
☐женат/замужем ☐вдовец/вдова ☐в разводе
☐в фактическом браке

Пациент принимает ☐ **НС** ☐ **ПВ** ☐ **ПКУ** ☐иное:.....
.....
……...
……...
Лекарственная непереносимость ☐нет ☐есть:.....
.....
……
Пищевая непереносимость ☐нет ☐есть:.....
.....
……
Другие виды аллергии:.....
.....
……

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ*
** Заполняется по информации от врача*

ПАЦИЕНТА	Да	Нет	Не ясно	Не желает знать
о диагнозе	☐	☐	☐	☐
о прогнозе	☐	☐	☐	☐
о причине госпитализ	☐	☐	☐	☐
о месте госпитализ	☐	☐	☐	☐
СЕМЬИ	Да	Нет	Не ясно	Не желает знать
о диагнозе	☐	☐	☐	☐
о прогнозе	☐	☐	☐	☐

Рост ≈…….....см Вес ≈…….....кг ☐невозможно взвесить ☐кахексия ☐ожирение

Принято:
☐ документы, место хранения…….
☐ ценности, место хранения……
☐ вещи, место хранения …….

Основные проявления болезни на момент госпитализации:.....
……
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ФИО, подпись м/с.....

АНКЕТА ПРЕДПОЧТЕНИЙ ПАЦИЕНТА**

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

Анкета заполнена со слов пациента: ☐да ☐ нет, указать ФИО и степень родства .....
.....
.....
.....
.....

Кто осуществляет уход дома, ФИО и степень родства:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Кому можно предоставлять информацию о состоянии здоровья (в соответствии с ИДС), **ФИО и степень родства:**
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Есть ограничения по допуску посетителей: ☐ нет ☐да
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Особенности взаимоотношений пациента с близкими:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Психосоциальные проблемы, которые влияют на самочувствие пациента: ☐нет ☐есть (потеря близких, ограничение в значимой деятельности, чувство одиночества, потеря смысла жизни и т.п.):
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Вероисповедание……
Есть желание получать духовную поддержку ☐нет☐есть
.....
……
……
……
Высказывает пожелания по концу жизни, организации прощания*** ☐нет ☐да .....
……
……
……

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

Предпочтения к проведению процедур:
Время пробуждения, подъема…….....
Время утреннего туалета…….....
Дневной сон ☐нет, ☐да с……по…….....
Время подготовки к ночному отдыху…….....
Пожелания к организации отдыха…….....
Световой режим (не беспокоит ли яркий свет, шторы, нужен ли ночью свет) …….....
…….....

Предпочтения в одежде.....
.....
.....
.....

Предпочтения в еде (блюда, время и температура)
Любит.....
.....
.....
.....
Не любит.....
.....
.....

Предпочитаемая степень активности ☐ полный покой
☐ согласен на прогулки в кровати / кресле/в сопровождении
Хочет ли пациент общения ☐нет ☐да.....
…….....

Предпочтения к проведению досуга:
Любимые занятия / хобби / увлечения……
…….
.....
Любимые передачи на ТВ/радио…….....
…….
…….....
.....…
Любимые фильмы …….....
…….
…….....
.....…..
Любимые книги …….
……..
.....
.....
Не любит (раздражает).....
……
……
Какие привычки и предпочтения пациент хотел бы сохранить в период пребывания в стационаре
……
……
Домашние животные, которых хочется увидеть
……
Пожелания к организации досуга
……
……
……

Вредные привычки ☐курение
употребление ☐алкоголя ☐ наркотиков ☐ иное
.....

Фото до болезни предоставлено ☐да ☐нет