ЛИСТ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ В ОТДЕЛЕНИИ №

МКСБ№ ФИО пациента Дата Время

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

КОЖНЫЙ ПОКРОВ: ☐ нормальной окраски ☐ бледный ☐ цианотичный ☐ желтушный ☐ гиперемирован ☐ влажный ☐ сухой ☐ шелушения ☐ пергаментная кожа ☐ чистый ☐ высыпания:..... **Видимые слизистые:** ☐ без изменений ☐ иное:..... **Дефекты кожного покрова:** ☐ нет ☐ есть ☐ пролежень…… ☐ распад опухоли……. ☐ трофическая язва……..... ☐ рожистое воспаление…….. ☐ контактный дерматит…….. ☐ опрелость …… ☐ петехии…….. ☐ гематома……..... ☐ ожог……... ☐ рубец …….. ☐ рана…… ☐ иное:……..... **Тургор:** ☐ нормальный ☐ снижен **Отеки:** ☐ нет ☐ есть, локализация:..... ☐ **Лимфостаз** ☐ **Лимфорея,** локализация:.....	☐ **Заполнен Лист оценки дефектов кожного покрова** Проводить: ☐ обработку ☐ перевязку ☐ иное:..... .... ☐ Осуществлять динамическое наблюдение…….. ……... ……... ……..
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ: ☐ без особенностей ☐ отсутствие конечности(ей)…… ☐ переломы ☐ контрактуры, локализация:..... ☐ протезы……☐ иное:.....	☐ позиционирование ☐ активизация
Установлены: ☐ порт –система, катетер: ☐ периферический ☐ центральный Дата установки..... Признаки воспаления ☐ нет ☐ есть	Уход ☐ ежедневно ☐ 1 раз в …… дн. ☐ Плановая замена, дата ..... ☐ Удаление, дата ……

	Критерий /Функция	Не нуждается в помощи	Частично нуждается в помощи	Полностью зависим от помощи	Уточнения по мероприятиям
Личная гигиена	Принятие душа/ванны	☐	☐	☐	☐ ежедневно ☐ 1 раз в 7 дн, дата план.:.....
	Мытье волос	☐	☐	☐	☐ ежедневно ☐ 1 раз в 7 дн, дата план.:.....
	Интимная гигиена	☐	☐	☐	☐ ежедневно……..... р/сут ☐ по потребности
	Мытье лица	☐	☐	☐	☐ ежедневно ..... р/сут
	Уход за глазами	☐	☐	☐	☐ ежедневно ..... .р/сут
	Уход за носовыми ходами	☐	☐	☐	☐ ежедневно ..... р/сут
	Уход за ушными раковинами	☐	☐	☐	☐ ежедневно ☐ 1 раз в 7 дн; дата план.:.....
	Чистка зубов	☐	☐	☐	☐ ежедневно ..... р/сут
	Уход за съемными протезами	☐	☐	☐	☐ ежедневно, после каждого приема пищи
	Мытье рук	☐	☐	☐	☐ ежедневно ..... р/сут
	Уход за ногтями на руках	☐	☐	☐	☐ ежедневно ☐ 1 раз в 7 дн, дата план.:.....
	Уход за стопами	☐	☐	☐	☐ ежедневно ☐ 1 раз в 7 дн, дата план.:.....
	Бритье	☐	☐	☐	☐ ежедневно ☐ 1 раз в …... дней, дата:.....
	Причесывание	☐	☐	☐	☐ ежедневно ..... р/сут
	Смена нательного белья	☐	☐	☐	☐ ежедневно ☐ по потребности
	Смена постельного белья	☐	☐	☐	☐ ежедневно ☐ по потребности
	Смена компрессионного белья	☐	☐	☐	☐ ежедневно
Двигательная активность	Перемещается в кровати	☐	☐	☐	☐ опустить кровать в низкую позицию ☐ зафиксировать тормозные педали ☐ поднять боковые ограничители в кровати ☐ положить рядом средство вызова медсестры ☐ поместить рядом бутылку с водой, телефон ☐ изменять положения тела пациента каждые 2 ч ☐ обеспечить противопролежневыми изделиями ☐ обучить пациента изменять положение в постели с помощью приспособлений ☐ перемещать с помощью подъемника/помощника ☐ организовать безопасное пространство ☐ надеть на руку браслет желтого цвета ☐ проинструктировать по профилактике падений ☐ помогать при передвижении ☐ включать ночник в темное время ☐ пассивная гимнастика ☐ профилактика контрактур ☐ массаж
	Передвигается в пределах прикроватного пространства	☐	☐	☐	
	Передвигается по палате	☐	☐	☐	
	Передвигается по отделению	☐	☐	☐	
	Прогулки по территории	☐	☐	☐	
	Использует: ☐трость ☐ходунки ☐кресло-каталку				
	Риск падения по Морсе ……..… балл ☐ Н ☐ С ☐ В ☐ с высоты роста ☐ с высоты кровати				
	Риск возникновения пролежней по Нортон…… балл ☐ Н ☐ С ☐ В				
	PPS …… %				

Заключение:

ФИО, подпись м/с

ФИО, подпись старшей м/с