3. Порядок заполнения бланка «ЛИСТ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ В ОТДЕЛЕНИИ» (шаблон 3)

Кто заполняет	Когда заполняет
МС отделения	➢ первичная оценка при приеме пациента в отделении.
Кто проверяет	**Когда проверяет**
Старшая медсестра	➢ после приема пациента в отделение/ на утренней конференции;
Заведующий отделением	➢ при закрытии медицинской карты проверяет записи врачебного и сестринского блоков МКСБ.
Дежурный врач	➢ при закрытии медицинской карты, если пациент поступил по дежурству и выбыл до утренней конференции.

Важно!

- ➢ Бланк является рабочим инструментом для внесения информации о пациенте в отделении.
- ➢ Бланк помогает собрать важную информацию о состоянии пациента и план мероприятий по уходу на одном листе.
- ➢ Позволяет обеспечить преемственность между медицинскими сестрами разных смен, а также врачами и младшим персоналом.
- ➢ Ответственность за заполнение листа несет палатная медицинская сестра.
- ➢ Оформленный бланк сразу помещается в папку на кольца и хранится на посту.

Последовательность заполнения:

1. Сразу заполнить верхнюю часть бланка *(см. рисунок № 1- голубая заливка)*:
   - ✓ МКСБ №.
   - ✓ ФИО пациента.
   - ✓ Дата *(оформления)*.
   - ✓ Время *(осмотра).*
   - ✓ Номер листа по порядку.
   - ✓ Первый блок разделов «Общее состояние» *(колонка слева)* - оценка критериев, которые влияют на срочное принятие решений медсестрой.
   - ✓ Ведущий тягостный симптом:
     - Боль
     - Интоксикация
     - Угнетение сознания
     - Судороги
     - Неврологический дефицит
     - Кровотечение
     - Одышка
     - Отсутствие самостоятельного дыхания
     - Дисфагия
     - Пролежневый процесс
     - Асцит
     - Гидроторакс
     - Терминальное состояние
     - Психомоторное возбуждение
     - Тошнота, рвота
   - ✓ Первый блок «Мероприятия» *(колонка справа)* – действия медсестры, которые необходимо выполнить срочно.
2. Далее провести оценку критериев по системам *(последующие блоки левой колонки).*
3. Сформировать план мероприятий *(правая колонка).*

4. Оценить нуждаемость в помощи персонала при проведении гигиенических мероприятий и осуществлении двигательной активности *(левая колонка) – «Не нуждается в помощи», «Частично нуждается в помощи», «Полностью зависим от помощи».*

5. Заполнить раздел «Уточнение по мероприятиям» *(колонка справа).*

6. Заполнить раздел «Заключение. Пациент нуждается в….» *(примеры записей указаны ниже).*

7. Указать свои ФИО и подпись в графе «ФИО и подпись м/с».

8. Старшая медсестра заполняет графу «ФИО и подпись старшей м/с».

Важно! Бланк должен быть заполнен полностью до утренней конференции и передачи текущей смены.

Примеры записей в разделе «Заключение. Пациент нуждается в…..»

- Симптоматической терапии
- Профилактике контрактур
- Противопролежневых мероприятиях
- Перевязках
- Уходе за дренажами, стомами, катетерами
- Динамическом наблюдении
- Сопровождении в последние дни и часы жизни
- Общении и поддержке
- Обучении самоуходу
- Гигиеническом уходе
- Помощи при кормлении
- Профилактике риска аспирации
- Помощи при передвижении
- Профилактике риска падения

ЛИСТ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ В ОТДЕЛЕНИИ № 1

МКСБ№ **0730-21-С** ФИО пациента **Киселева Анна Васильевна** Дата **10.09.2021** Время **12:30**

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ	МЕРОПРИЯТИЯ
Сознание ☒ есть ☐ нет Продуктивный контакт ☒ есть ☐ нет Ориентируется во времени, пространстве ☒ да ☐ нет **Ведущий тягостный синдром:** *Боль, кровотечение, пролежни* **Боль** ☐ нет ☒ есть *8* балл по ☒ ВАШ ☐ НОШ ☐ PAINAD ☒ гримаса боли ☒ болевое поведение Характер, локализация боли: *постоянная ноющая боль в области поясницы* **Судорожный синдром** ☒ нет ☐ есть…… **Лихорадочное состояние** ☒ нет ☒ есть, температура *37,2* **Видимое кровотечение** ☒ нет ☐ есть …… **Риск кровотечения** ☒ нет ☒ *есть область распада – левая молочная железа* **Психомоторное возбуждение** ☒ нет ☐ есть, проявляется …… **Эмоциональное состояние** ☐ доброжелательное ☐ ровное ☐ замкнут ☒ подавлен ☒ тревожен ☐ возбужден ☐ раздражен ☐ эйфоричен ☐ агрессивен ☒ плаксив	☒ срочно вызвать врача ☒ введено ЛС *р-р Морфин 10 мг/мл 1 мл п/к* ☒ 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 *01.08.2021* Признаки воспаления ☒ нет ☐ есть…… ☒ **Трехглотковая проба** проведена, дата: *10.09.2021* 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 ……	При кормлении: ☐ высаживать за стол ☒ поднимать головной конец кровати ☒ кормить с ложки ☒ помогать при приеме пищи ☒ кормить через стому ☒ питательные смеси ☐ сипинг, ступень …… …… ☐ 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: *09.09.2021* 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 *01.09.2021* Признаки воспаления ☒ нет ☐ есть…… **Моча** ☒ прозрачная ☐ с примесями…… изменения в ☐ цвете…… ☐ запахе…… **Стул** ☐ контролирует ☒ не контролирует ☐ регулярный ☒ нерегулярный периодичность *1* раз в *5* дн. ☐ неустойчивый ☒ запор ☐ диарея ☐ оформленный ☐ с примесями…… ☐ изменения в цвете…… Дата последней дефекации: *05.09.2021* **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 *21* дн дата следующей замены *22.09.2021* ☒ считать объем выделенного за сутки ☐ сопровождать в туалетную комнату ☐ высаживать на санитарный стул

Рисунок №1. Пример заполнения бланка «Лист оценки состояния пациента медицинской сестрой в отделении»

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы»

ИНСТРУКЦИЯ заполнения МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ сестринского ухода за пациентом в стационаре

Версия документа -01 от 2021г.

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 *крестец, лев. вертел, лев. пятка*
☒ распад опухоли *лев. молоч. железа* ☐ трофическая язва……
☐ рожистое воспаление…….. ☐ контактный дерматит……..
☒ опрелость *в паховой области* ☐ 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: *коленных суставов*
☐ протезы……☐ иное:.....

☒ позиционирование
☒ активизация

Установлены: ☐ порт –система, катетер: ☒ периферический ☐ центральный
Дата установки *07.09.2021* Признаки воспаления ☒ нет ☐ есть……

Уход ☒ ежедневно ☐ 1 раз в …… дн.
☒ Плановая замена, дата *10.09.2021* ☐ 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.: *16.09.2021*
	Мытье волос	☐	☐	☒	☐ ежедневно ☒ 1 раз в 7 дн, дата план.: *16.09.2021*
	Интимная гигиена	☐	☐	☒	☒ ежедневно *2р/сут* ☒ по потребности
	Мытье лица	☐	☐	☒	☒ ежедневно *2р/сут*
	Уход за глазами	☐	☐	☒	☒ ежедневно *2р/сут*
	Уход за носовыми ходами	☐	☐	☒	☒ ежедневно *2р/сут*
	Уход за ушными раковинами	☐	☐	☒	☐ ежедневно ☒ 1 раз в 7 дн; дата план.: *16.09.2021*
	Чистка зубов	☐	☐	☒	☒ ежедневно *2р/сут*
	Уход за съемными протезами	☐	☐	☒	☒ ежедневно, после каждого приема пищи
	Мытье рук	☐	☐	☒	☒ ежедневно *6р/сут*
	Уход за ногтями на руках	☐	☐	☒	☐ ежедневно ☒ 1 раз в 7 дн, дата план.: *16.09.2021*
	Уход за стопами	☐	☐	☒	☐ ежедневно ☒ 1 раз в 7 дн, дата план.: *16.09.2021*
	Бритье	☐	☐	☐	☐ ежедневно ☐ 1 раз в …... дней, дата:…….
	Причесывание	☐	☐	☒	☒ ежедневно *2р/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
	Передвигается в пределах прикроватного пространства	☐	☐	☒	☒ зафиксировать тормозные педали
	Передвигается по палате	☐	☐	☒	☒ поднять боковые ограничители в кровати
	Передвигается по отделению	☐	☐	☒	☒ положить рядом средство вызова медсестры
	Прогулки по территории	☐	☐	☒	☒ поместить рядом бутылку с водой, телефон
	Использует: ☐трость ☐ходунки ☒кресло-каталку				☒ изменять положения тела пациента каждые 2 ч
	Риск падения по Морсе *60* балл ☐ Н ☐ С ☒ В ☐ с высоты роста ☒ с высоты кровати				☒ обеспечить противопролежневыми изделиями
	Риск возникновения пролежней по Нортон *10* балл ☐ Н ☐ С ☒ В				☒ обучить пациента изменять положение в постели с помощью приспособлений
	PPS *30* %				☒ 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

Заключение: *нуждается в симптоматической терапии, гигиеническом уходе, динамическом наблюдении, помощи при кормлении и передвижении. Общении и поддержке. Перевязках, уходе за дренажами, стомами, катетерами. Профилактике риска аспирации, кровотечения и падения, противопролежневых мероприятиях.*

ФИО, подпись м/с *Иванова Анна Васильевна АВИв* ФИО, подпись старшей м/с. *Краснова Вера Ивановна ВИКрасе*