ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра факультетской хирургии имени профессора Ю.М. Лубенского

**СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

**ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА**

**Требования к печати и форматированию документа**

Печать на листах белой бумаги размером А4; текстовый редактор «Word for Windows»; шрифт Times New Roman; размер шрифта – 14 пт; межстрочный интервал – 1,5; поля: слева – 3,0 см, справа – 1,5 см, сверху и снизу – 2,0 см; отступ первой строки – 1,25 см; выравнивание основного текста – по ширине; выравнивание заголовков – по центру; автоматическая расстановка переносов слов – отключена.

**Введение**

История болезни (медицинская карта стационарного больного, форма № 003/у, приложение 2) составляется в стационаре на каждого поступающего независимо от цели поступления и срока нахождения в стационаре. Медицинская карта стационарного больного, называвшаяся ранее историей болезни, – первичный медицинский документ, предназначенный для записи наблюдений за состоянием больного в течение всего периода пребывания в лечебно-профилактическом учреждении, проводимых лечебно-диагностических мероприятиях, данных объективных исследований, назначений и результатов лечения.

Оформление карты осуществляется в определённой последовательности на специальном унифицированном бланке (форма № 003/у), состоящем из титульного листа (обложки) и вкладных листов.

* Первый раздел карты содержит паспортно-статистические данные;
* Второй – жалобы больного, [анамнез](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B0%D0%BC%D0%BD%D0%B5%D0%B7) болезни и анамнез жизни, данные обследования при поступлении;
* В третьем разделе (так называемый дневник) лечащий врач описывает (на вкладных листах) развитие болезни, план и результаты дальнейшего обследования, ежедневные наблюдения за больным, лечебные назначения, заключения консультантов.

Данные карты позволяют контролировать правильность организации лечебно-диагностического процесса, составлять рекомендации по дальнейшему обследованию и лечению больного и диспансерному наблюдению за ним, получать информацию, необходимую для установления инвалидности, а также выдачи справочного материала по запросам ведомственных учреждений ([суда](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%83%D0%B4), прокуратуры, медико-социальной экспертизы и др.).

Медицинская карта стационарного больного подлежит хранению в медицинском архиве в течение 25 лет.

При выписке из стационара каждый больной получает на руки выписку из истории болезни (выписной [эпикриз](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BF%D0%B8%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%B7) или переводной эпикриз в случае перевода больного в другое отделение или лечебное учреждение).

История болезни представляет собой наиболее важный документ в лечебной практике врача. Отражая состояние больного, план диагностических и лечебных мероприятий, динамику заболевания, история болезни одновременно является и научным и юридическим документом. Тщательно и аккуратно оформленная история болезни облегчает процесс клинического мышления и в то же время свидетельствует о его высоком уровне. Она способствует квалифицированному взаимодействию всех специалистов, принимающих участие в обследовании и лечении больного, позволяя так же контролировать его качество и эффективность.

История болезни – это не просто перечисление того, о чём больной сообщил вам, и что вы выявили при физикальном обследовании, это обобщение полученной информации, оценка её значимости, представленная в виде ясного, подробного и логически связанного отчёта. При оформлении истории болезни необходимо придерживаться определённых правил, соблюдение которых позволяет избежать многих диагностических, лечебных и юридических ошибок. Развитие страховой медицины повышает требования к оформлению истории болезни, так как она является основным документом при оценке качества медицинской помощи.

Качество оформления истории болезни естественно зависит от уровня Ваших знаний. Обучаясь в медицинском университете, под контролем преподавателя кафедры Вы пишите учебные истории болезни, накапливая необходимые опыт и навыки. Мы советуем Вам относиться к оформлению таких историй болезни, не как к прихоти преподавателя, а как к творческому процессу. Используйте все свои практические и теоретические знания, полученные за время обучения, и ни в коем случае не опускайтесь до простого, механического переписывания готовых документов из сети «Internet».

Для наиболее правильного оформления студенческой истории болезни на цикле «факультетская хирургия» мы рекомендуем Вам внимательно ознакомиться с настоящим методическим руководством и всегда соблюдать необходимые правила ведения медицинской документации.

**Содержание истории болезни**

Традиционно история болезни состоит из нескольких частей, каждая из которых имеет своё значение. С целью более объективной оценки выполненной Вами работы на цикле «факультетская хирургия» мы предлагаем придерживаться следующих разделов:

1. Паспортная часть
2. Жалобы больного при поступлении
3. Анамнез заболевания (Anamnesis morbi)
4. Анамнез жизни (Anamnesis vitae)
5. Данные объективного обследования (Status praesens)
6. Локальный статус (Status localis)
7. Предварительный диагноз
8. Данные дополнительного обследования
9. Диагноз и его обоснование
10. Дифференциальный диагноз
11. План обследования и лечения
12. Предоперационный эпикриз
13. Протокол операции
14. Дневники курации
15. Этапный или выписной эпикриз

При написании истории болезни необходимо учитывать замечания преподавателя. Далее Вам предстоит защита представленной истории болезни, где преподаватель оценит соответствие Ваших теоретических и практических навыков и знаний.

**Титульный лист**

Титульный лист учебной истории болезни обязательно должен включать: Ф.И.О. куратора, номер группы, факультет, дату заполнения истории болезни, Ф.И.О. ассистента, дату проверки, оценку и подпись преподавателя (приложение 1).

**Паспортная часть**

Как правило, эти данные в истории болезни заполняет сотрудник приёмного отделения. Однако врач должен уточнить все разделы анкетных данных. Например, профессия, место работы могут натолкнуть врача на мысль о возможности производственных вредностей: переохлаждение ног, как причина облитерирующего эндартериита, тяжёлый физический труд – как возможная причина образования грыж, выпадения прямой киши и т.д.

Обязательно необходимо проанализировать диагноз направившего учреждения, он не должен сковывать мышление врача или мешать построению его собственного диагноза.

Необходимо помнить о правильной формулировке (рубрификации) клинического (и заключительного) диагноза, который состоит из основного заболевания, его осложнений и сопутствующих (а иногда и фоновых) заболеваний. Например:

**Основной диагноз:** Острый гангренозный аппендицит.

**Осложнения основного:** Местный гнойный перитонит.

**Сопутствующий диагноз:** ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Гипертоническая болезнь II ст., риск 3. СН IIа ст.

Не стоит забывать и о соответствии диагноза (осложнений и сопутствующей патологии) жалобам, анамнезу, данным обследования, на основании которых он был сформулирован.

В паспортные данные следует включать следующие разделы:

* Ф.И.О. больного
* Дата и время поступления
* Дата выписки
* Пол
* Возраст (дата рождения)
* Место работы и профессия
* Место жительства
* Диагноз при поступлении
* Клинический диагноз
* Диагноз при выписке (заключительный диагноз)
* Дата и название операции
* Исход болезни (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение)

**Жалобы**

Жалобы больного при поступлении включают основные, связанные с данным заболеванием, и второстепенные, связанные с сопутствующей патологией. Кроме того, необходимо учитывать и указывать их полную и развёрнутую характеристику. Например, при описании жалоб на боль, необходимо указать: локализацию, характер (тупая, ноющая, колющая), интенсивность, иррадиацию, время появления, продолжительность, обстоятельства появления, связь с провоцирующими и облегчающими факторами. Пример: «Жалобы на: острые, приступообразные боли в правом подреберье, иррадиирущие в правое надплечье, в течение 6 часов, после приёма жирной пищи, не купирующиеся но-шпой, повышение АД до 150 мм рт. ст., наличие варикозного расширения вен нижних конечностей».

**Анамнез заболевания (Anamnesis morbi)**

В хронологическом порядке излагаются начало заболевания, обстоятельства, при которых оно возникло, симптомы проявления болезни и их динамика. Кроме того, необходимо уточнить изменение характера жалоб за прошедший период, отметить первое обращение за медицинской помощью, проведённое лечение и его эффективность.

При описании основных симптомов должны быть указаны: их локализация, качественные характеристики (начало, длительность, частота), обстоятельства возникновения, усиливающие или облегчающие факторы, сопутствующие проявления.

Пример:

Впервые боли в эпигастрии, связанные с приёмом пищи, отметил 8 лет назад. Принимал соду, после чего отмечал временное облегчение. В 2015 году обратился за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства. Диагностирована язвенная болезнь желудка и ДПК с локализацией язвы в ДПК, по поводу чего прошёл курс амбулаторного лечения. Язва зарубцевалась. В дальнейшем, отмечал усиление болей в осенне-весенний период. Принимал альмагель. Ухудшение состояния, усиление болей, иррадиация их в спину, рвота в 2016 году, по поводу чего был госпитализирован в отделение гастроэнтерологии ГКБ №20. Консервативная терапия в течение месяца, с положительным эффектом. В дальнейшем ежегодно (весной или осенью) отмечал усиление болей. При обострениях язвенной болезни проходил курсы стационарного лечения, после которых отмечал улучшение состояния. В 2018 и 2019 годах находился на санаторно-курортном лечении. Вчера отметил резкую слабость, головокружение. За медицинской помощью не обращался. На следующий день присоединились рвота с примесью крови (дважды), жидкий стул до 4 раз чёрного цвета. Вызвал бригаду «скорой медицинской помощи», которая доставила больного с диагнозом «желудочно-кишечное кровотечение» в приёмное отделение БСМП.

**Анамнез жизни (Anamnesis vitae)**

Излагается по следующей схеме:

Общие биографические данные по периодам жизни (младенчество, детство, зрелый возраст). Условия быта и труда. Вредные привычки (курение, приём алкоголя, наркотиков). Семейный анамнез. Наследственность.

Перенесенные ранее и хронические заболевания: детские болезни (перенесенные инфекции), болезни взрослого периода, включая: нервные, психические, острозаразные. При наличии хронических заболеваний необходимо указать препараты, которые принимает больной. Обязательно следует отметить, были (есть) или нет: туберкулёз, венерические заболевания, вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция (обязательно!!!), онкологическая патология, сахарный диабет.

Указать предшествующие операции и травмы.

Гемотрансфузионный анамнез (были или нет переливания препаратов донорской крови, когда, по какому поводу; были или нет посттрансфузионные осложнения).

Для женщин обязателен гинекологический анамнез (количество беременностей, родов, абортов, менструальный цикл, его регулярность, время последней менструации, время наступления менопаузы).

Аллергологический анамнез (переносимость лекарственных препаратов; при наличии аллергии необходимо перечислить препараты и описать проявления аллергии).

Анамнез ВТЭ (нуждается в листке нетрудоспособности или нет; был или не был на «больничном листе» в течение 12 последних месяцев, какое время, по какому заболеванию; наличие инвалидности).

**Данные объективного обследования (Status praesens)**

Общие данные включают: общее состояние, психический и неврологический статус, положение и двигательную активность больного, телосложение, массу тела, рост, степень половой зрелости, температуру тела, состояние кожи и видимых слизистых, подкожной клетчатки, пальпацию лимфоузлов (подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные, паховые), состояние мышечной и костно-суставной систем, а также описание систем органов.

Нервный статус: поверхностные, глубокие рефлексы, дермографизм, мышечный тонус, нистагм, поза Ромберга.

Эндокринная система: осмотр и пальпация щитовидной, молочных желез.

Органы дыхания: частота ритмичность, глубина дыхательных движений, форма грудной клетки, пальпация, перкуссия и аускультация.

Сердечно-сосудистая система: ЧСС, пульс, его ритм, АД, пальпация, перкуссия и аускультация сердца, пульс, давление, пульсация и аускультация периферических сосудов.

Органы пищеварения: полость рта и глотка, зубы, язык, зев, миндалины, осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация брюшной полости, пальцевое исследование прямой кишки, обследование паховых областей (грыжа), физиологические отправления.

Мочеполовые органы: пальпация почек, симптом XII ребра.

Рассмотрению вопросов обследования отдельных органов и систем организма посвящена пропедевтика внутренних заболеваний, с которой Вы достаточно хорошо знакомы. Поэтому останавливаться на правильном описании в истории болезни каждой из систем не имеет смысла. Необходимо отметить лишь то, что поражённая каким-либо заболеванием система рассматривается не в общем, а в локальном статусе. Например, при остром аппендиците в локальном статусе необходимо описать пищеварительную систему, а при абсцессе лёгкого – органы дыхания. При этом, приводить их описание и там и там совершенно не нужно.

Мы не требуем от Вас подробного и детального описания каждой из систем, но это не значит, что Вы не должны выполнять больному перкуторного определения границ абсолютной и относительной сердечной тупости, или размеров печени по Курлову.

Все необходимые обследования должны быть выполнены! В истории болезни следует лишь указать на отсутствие патологии рассматриваемого органа или системы, для чего следует остановиться на основных патологических симптомах и приёмах обследования.

Пример:

Грудная клетка обычной формы, деформаций, ассиметрии нет, равномерно участвует в акте дыхания. ЧДД 18 в мин. При пальпации безболезненна. Перкуторно границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание везикулярное, проводиться по всем полям, патологических шумов нет.

**Локальный статус (Status localis)**

Данные исследования поражённой системы должны быть приведены максимально подробно, с использованием всех доступных методов физикального обследования. Обязательными являются: осмотр, активные и пассивные движения, перкуссия, аускультапия, пальпация, а так же оценка характерных для различных заболеваний симптомов (симптом Щёткина-Блюмберга и т.д.).

Пример:

Язык сухой, обложен серым налётом. Полость рта, миндалины не изменены. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации живот болезненный во всех отделах, больше в эпигастрии. Во всех отделах определяется защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. Паховые области безболезненны, патологических образований нет. Положительны симптомы раздражения брюшины: Щёткина-Блюмберга, Менделя. Перкуторно: печень по краю рёберной дуги, печёночная тупость сохранена, в отлогих местах отмечается притупление перкуторного звука. Перистальтика не выслушивается. Газы не отходят. Стул последний раз был 3 дня назад (оформленный, коричневого цвета). Per rectum: тонус сфинктера сохранён, ампула свободная, определяются нависание и болезненность передней стенки прямой кишки. На перчатке следы кала обычного цвета.

**Предварительный диагноз**

Пишется только диагноз.

**Данные дополнительного обследования**

Результаты дополнительных лабораторных и инструментальных данных из истории болезни.

**Диагноз и его обоснование**

В логической последовательности обосновывается диагноз с указанием только тех данных, которые этот диагноз подтверждают.

Пример:

На основании жалоб (на боли в правой подвздошной области, тошноту, общее недомогание), анамнеза заболевания (заболел остро 8 часов назад, боли сначала возникли в эпигастрии, а затем переместились в правую подвздошную область, была однократная рвота), данных общего обследования (состояние средней степени тяжести, температура тела 37,6 °С, пульс 94 уд/мин), локального статуса (язык сухой, живот болезненный в правой подвздошной области, положительные симптомы Щёткина-Блюмберга в правой подвздошной области, Ситковского, Ровзинга, Бартомье-Михельсона), лабораторных данных (лейкоциты крови 13,5х109/л) можно поставить диагноз «Острый аппендицит».

**Дифференциальный диагноз**

Для каждой конкретной клинической ситуации необходимо выбрать не менее 3 заболеваний, при которых могут наблюдаться подобные патологические симптомы. При этом необходимо помнить, что некоторые заболевания могут протекать атипично и соответственно требовать определённых диагностических мероприятий для подтверждения или исключения данного заболевания. Попытайтесь сформулировать жалобы, данные анамнеза или симптомы, не вписывающиеся в клиническую картину установленного Вами заболевания, и проведите необходимые методы обследования, способствующие разрешению возникших диагностических вопросов.

Например, при ретроцекальном расположении червеобразного отростка могут наблюдаться боли в поясничной области, что может быть принято за почечную колику. Для установки правильного диагноза в данном случае могут помочь: характер жалоб (приведите характерные жалобы при каждом заболевании), данные анамнеза (в случае МКБ возможны почечные колики и отхождение камней ранее), данные объективного обследования (отличительные симптомы, для каждой из патологий), данные лабораторных и биохимических исследований (за почечную колику говорит наличие в общем анализе мочи свежих неизменённых эритроцитов), необходимые диагностические мероприятия и методы обследования, с указанием ожидаемых результатов (следует выполнить внутривенную урографию: в случае МКБ мы увидим нарушение уродинамики, тень конкремента в правом мочеточнике и т.д.).

**План обследования и лечения**

Вытекает из вашего диагноза. При сомнениях в правильности диагноза укажите методы обследования, необходимые для его подтверждения или опровержения.

Далее, необходимо решить вопросы тактического плана, то есть необходимость оперативного или консервативного лечения.

Если больному показано проведение консервативного лечения, необходимо назначить соответствующее лечение с перечислением групп препаратов, а затем названий необходимых в данном конкретном случае препаратов с указанием дозировок и длительности приёма. Помните, что в отличие от врача, Вы не ограничены финансовыми возможностями отделения, больницы и можете назначить любой необходимый и наиболее эффективный из известных препаратов. Назначайте весь спектр необходимого лечения, включая физиолечение, ЛФК, массаж, баротерапию и т.д. Укажите методы обследования, необходимые для контроля эффективности проводимого лечения и частоту их выполнения.

При наличии показаний к оперативному лечению следует указать необходимое предоперационное обследование больного, назначить предоперационную подготовку и лечение в послеоперационном периоде.

**Предоперационный эпикриз**

Стандартный предоперационный эпикриз включает следующие основные разделы:

* Ф.И.О. больного
* Дата поступления
* Диагноз и его обоснование
* Показания к операции и срочность её выполнения
* План операции
* Метод анестезии
* Группа крови и резус
* План предоперационной (периоперационной) антибиотикопрофилактики
* Стратификация риска развития венозных тромбоэмболических осложнений (по шкале Caprini) и план их профилактики
* Информированное добровольное согласие больного на операцию

**Протокол операции**

Переписывается из истории болезни с указанием даты и названия операции. Следует понять смысл операции, её особенности, наличие технических интраоперационных сложностей. Также необходимо представить ожидаемый результат операции, возможные послеоперационные осложнения и возможные меры их профилактики. В идеальном варианте желательно Ваше присутствие в операционной.

**Дневники курации**

Обязателен ежедневный осмотр больного с оценкой общего состояния, измерением пульса, температуры, артериального давления, оценкой всех систем организма и, особенно, локального статуса.

Обязательно отмечать динамику заболевания, эффективность проводимого лечения. Если состояние больного оценивается Вами, как средней или тяжёлой степени тяжести, необходимо указать, с чем связано или чем объясняется подобное состояние. При отсутствии динамики или ухудшении состояния больного необходимо принимать решение о дальнейшей тактике ведения больного.

Каждые сутки послеоперационного периода, в зависимости от вида операции, имеют определённые особенности состояния больного, его лечения. В случае нестандартного течения послеоперационного периода необходимо учитывать возможность развития осложнений, что требует специфических профилактических мероприятий или, при уже развившихся осложнениях, своевременных диагностики и лечения. Для этого необходимо акцентировать внимание на соответствующих симптомах и проявлениях возможных осложнений (в соответствии с объёмом и сроками выполненной операции) и обязательно указывать наличие или отсутствие подобных симптомов.

Кроме того, в каждом дневнике пишутся назначения (препараты – на латинском языке).

**Этапный или выписной эпикриз**

Должен включать Ф.И.О. и возраст больного, дату его поступления, диагноз и данные, его подтверждающие, краткую характеристику течения болезни, наблюдаемые Вами особенности, характер и результаты проведенного лечения, в том числе оперативного, его эффективность, развившиеся осложнения, данные проведенных исследований, состояние пациента при выписке или на данном этапе лечения. Необходимо указать Ваши рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению больного, где и кем следует наблюдать, какие препараты принимать, как долго и в какой дозе. Перечислите необходимые реабилитационные мероприятия, включая санаторно-курортное лечение. Рекомендации о необходимом оперативном лечении в будущем, регулярность или частоту выполнения необходимых обследований. Прогноз, трудоспособность пациента.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

**Титульный лист учебной истории болезни**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра факультетской хирургии имени профессора Ю.М. Лубенского

Зав. кафедрой: д.м.н., доц. Д.Э. Здзитовецкий

Преподаватель: к.м.н. (д.м.н.), доц.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**Ф.И.О. больного:**

**Возраст:**

**Основной диагноз:**

Куратор:

Группа, факультет

Сроки курации:

Дата проверки

Оценка:

Красноярск, 2015

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

(*исключительно для ознакомления!*)

**Медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у)**

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Министерство здравоохранения Медицинская документация

СССР форма N 003/у

Утверждена Минздравом СССР

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА N \_\_\_\_\_

стационарного больного

Дата и время поступления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата и время выписки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ палата N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Переведен в отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проведено койко-дней \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти

(подчеркнуть)

Группа крови \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Резус-принадлежность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Побочное действие лекарств (непереносимость) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

название препарата, характер побочного действия

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Возраст \_\_\_\_\_\_ (полных лет, для детей: до 1 года - месяцев,

до 1 месяца - дней

4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) \_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

вписать адрес, указав для приезжих - область, район,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

населенный пункт, адрес родственников и N телефона

5. Место работы, профессия или должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

для учащихся - место учебы; для детей - название детского

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

учреждения, школы; для инвалидов - род и группа

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

инвалидности, нов. да, нет подчеркнуть

6. Кем направлен больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

название лечебного учреждения

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет

через \_\_\_\_\_\_\_\_\_ часов после начала заболевания, получения

травмы; госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).

8. Диагноз направившего учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Диагноз при поступлении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз клинический ¦ Дата установления

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¦\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¦\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¦\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¦\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Для типографии!

при изготовлении документа

формат А4

Стр. 2 ф. N 003/у

11. Диагноз заключительный клинический

а) основной: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) осложнение основного: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в) сопутствующий: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Госпитализирован в данном году по поводу данного

заболевания: впервые, повторно (подчеркнуть), всего -.... раз.

13. Хирургические операции, методы обезболивания и

послеоперационные осложнения.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Название операции | Дата, час | Метод обезболивания | Осложнения |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

Оперировал \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Другие виды лечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать)

для больных злокачественными новообразованиями - 1.

Специальное лечение; хирургическое (дистанционная

гамматерапия; рентгенотерапия, быстрые электроны, контактная

и дистанционная гамматерапия, контактная гамматерапия и

глубокая рентгенотерапия); комбинированное (хирургическое и

гамматерапия, хирургическое и рентгенотерапия, хирургическое и

сочетанное лучевое); химиопрепаратами, гормональными

препаратами. 2. Поллмативное. 3. Симптоматическое лечение.

15. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности

N \_\_\_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_

16. Исход заболевания: выписан - с выздоровлением, с

улучшением, без перемен, с ухудшением; переведен в другое

учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

название лечебного учреждения

Умер в приемном отделении, умерла беременная до 28 недель

беременности, умерла после 28 недель беременности, роженица,

родильница.

17. Трудоспособность восстановлена полностью, снижена,

временно утрачена, стойко утрачена в связи с данным

заболеванием, с другими причинами (подчеркнуть)

18. Для поступивших на экспертизу-заключение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

19. Особые отметки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лечащий врач Зав. отделением

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись подпись

стр. 3 ф. N 003/у

ЗАПИСЬ ВРАЧА

приемного покоя

стр. 4 ф. N 003/у

ЖАЛОБЫ, АНАМНЕЗ,

патология, предполагаемый диагноз, план обследования

стр. 5 ф. N 003/у

|  |  |
| --- | --- |
| Даты | ДНЕВНИК |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

стр. 6 ф. N 003/у

Карта N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф., И., О. больного, N палаты

ЭПИКРИЗ

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

стр. 7 ф. N 003/у

Патологическое (гистологическое) заключение

Патоморфологический диагноз

а) основной: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) осложнение основного: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в) сопутствующий: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_