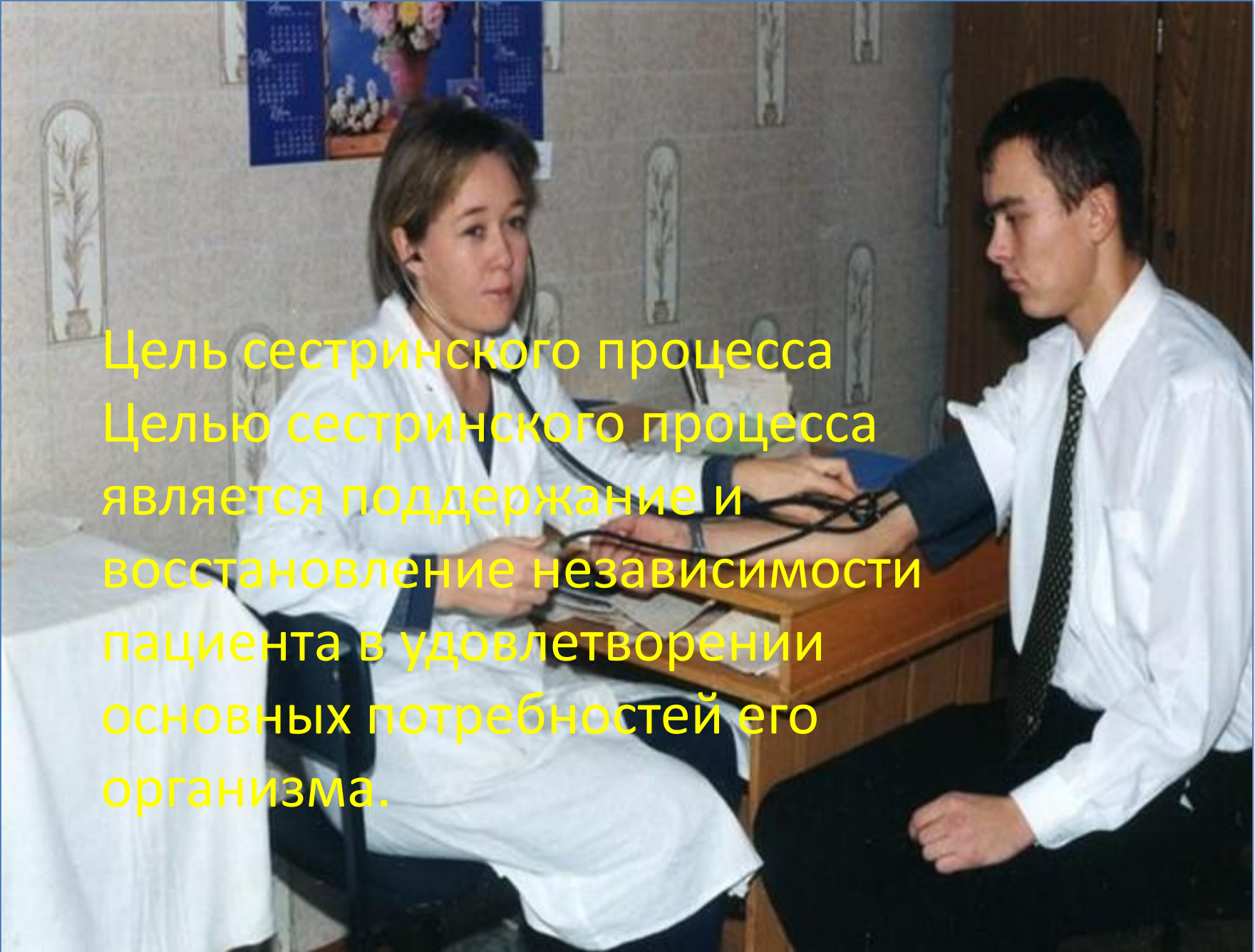




Сестра
милосердия,
Просто сестра...
Профессия
древняя
Очень трудна.
Ведь это известно—
Вам скажет
любой—
Не всем интересно
Выслушивать
боль.
И надо людей
Беззаветно любить
И с вечной идеей
Работать и жить.

«Сестринский процесс – это системный подход к оказанию профессиональной медицинской помощи, направленный на восстановление здоровья.»

A photograph showing a female nurse in a white lab coat and stethoscope sitting at a desk, measuring the blood pressure of a male patient. The patient is wearing a white shirt and a dark tie. The nurse is holding a sphygmomanometer on the patient's arm. The background features a wall with decorative elements and a calendar.

Цель сестринского процесса
Целью сестринского процесса
является поддержание и
восстановление независимости
пациента в удовлетворении
основных потребностей его
организма.

Цель сестринского процесса осуществляется путем решения следующих задач: создание базы информационных данных о пациенте; выявление потребностей пациента в медицинском обслуживании; обозначение приоритетов в медицинском обслуживании; составление плана ухода и обеспечение ухода за пациентом в соответствии с его потребностями; определение эффективности процесса ухода за пациентом и достижение цели медицинского обслуживания данного пациента.

Этапы сестринского процесса

В соответствии с решаемыми задачами сестринский процесс подразделяется на пять этапов:

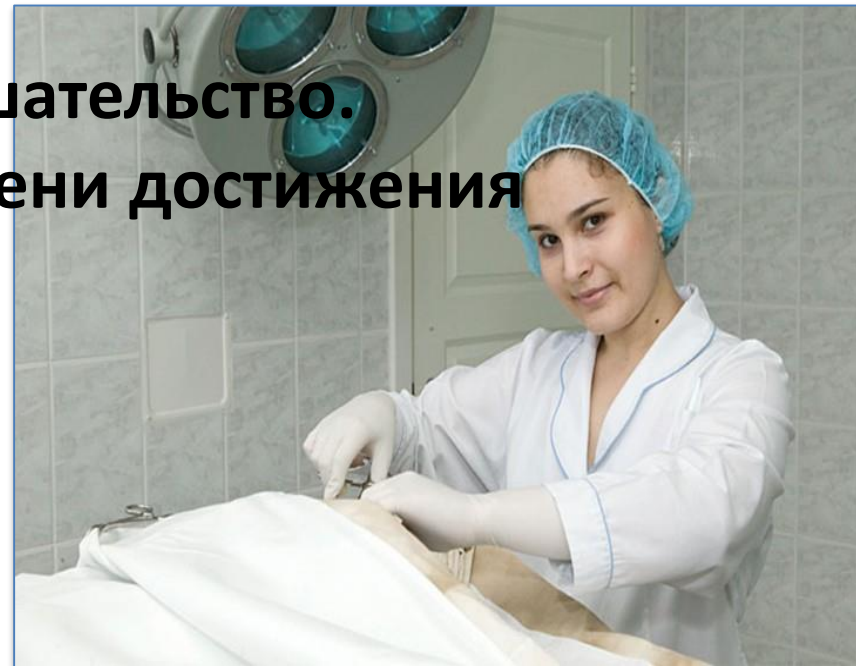
I этап - сестринское обследование.

II этап - сестринская диагностика.

III этап - планирование сестринского вмешательства.

IV этап - сестринское вмешательство.

V этап - определение степени достижения цели и оценка результата.





I этап - сестринское обследование

Сестринское обследование проводится двумя методами: субъективным. Объективный. Субъективный метод обследования – расспрос. Это данные, которые помогают медсестре составить представление о личности пациента. Объективный метод – это осмотр, который определяет статус пациента в настоящее время.

- **Субъективный метод обследования – расспрос.**
- Цель беседы во время проведения оценки установить отношения "сестра пациент в центре которых стоит здоровье пациента построить адекватную самооценку пациента, содействовать уменьшению его волнений и тревоги;
- определить уровень надежды пациента, на который он ожидает от системы оказания медицинской помощи;
- получить необходимую информацию для планирования ухода
- **Объективный метод – это осмотр**
- Объективное обследование проводится путём осмотра пациента, наблюдения за выражением его лица, дыханием, положением в постели, а также измерением артериального давления, температуры, определения частоты пульса, частоты дыхательных движений, определения отёков и др

- **Методы обследования пациента**

-

- **Субъективное -**

- Основано на ощущениях пациента
- и его эмоциях, это реакция пациента
- на свое состояние здоровья

- **Объективное -**

- данные осмотра, наблюдения,
- измерения

- **1. Субъективные данные** медсестра выявляет на **вербальном** (манера говорить, адекватность ответов на вопросы, логичность построения фраз) и **невербальном** (зрительный контакт, мимика, жесты, положение тела) уровнях.
- Главная роль в обследовании принадлежит расспросу. Полноценность информации будет зависеть от умения сестры расположить пациента к необходимой беседе.
- Субъективная информация – это **представления пациента о состоянии его здоровья.**
- Субъективное обследование медсестра начинает с паспортной части затем выявляет , жалобы при поступлении , Anamnesis vitfae (история жизни), Anamnesis morbid (история болезни)
- 1. Жалобы - то, что заставило человека обратиться за медпомощью;
- 2. Анамнез жизни, болезни – историю возникновения той или иной проблемы в здоровье; медсестра подробно расспрашивает пациента об удовлетворении основных жизненных потребностей человека;
- 3. Социологические данные (взаимоотношения в семье, коллективе, финансовый статус, окружающая среда, в которой пациент живет и работает);

- 4. Интеллектуальные данные (речь, память, оценка коммуникативных способностей);
- 5. Данные о культуре (этнические, культурные ценности);
- 6. Данные о духовном развитии (духовные ценности, отношение к религии, привычки, убеждения и обычаи).
- Источником информации являются :
 - • сам пациент (наиболее достоверный источник);
 - • члены семьи, родственники;
 - • коллеги, друзья;
 - • медперсонал;
 - • медицинская документация

Сестринская история болезни

- **Содержание субъективного сестринского обследования**
- **1. Паспортная часть**
- **2. Причины обращения**
- **3. История болезни:**
 - 1. Когда началось заболевание: _____
 - 2. Как началось: _____
 - 3. Как протекало: _____
 - 4. Проводимые исследования: _____
 - 5. Лечение и его эффективность _____
 - 6. При хроническом обострении – частота обострений _____
 - 7. Последнее обострение – предполагаемая причина, чем проявилось динамика к сегодняшнему дню _____
- к алкоголю: как часто
- употребляет (в каком
- количестве) _____

- **4. История жизни:**
- 1. Условия, в которых рос и развивался человек: _____
- 2. Трудовая деятельность – со сколько лет _____, условия труда _____
- профессиональные вредности _____
- окружающая среда _____
- 3. Перенесенные заболевания (в хронологическом порядке), в том числе, травмы, операции, вирусный гепатит, туберкулез, венерические заболевания _____
- 4. Гинекологический анамнез: _____
- 5. Аллергологический анамнез:
- - непереносимость пищи _____
- - непереносимость лекарств _____
- - непереносимость бытовой химии _____
- (что не переносит, как проявляется).
- 6. Особенности питания (что переносит плохо, какими продуктами злоупотребляет): _____

- 9. Духовное обследование – образ жизни, уровень культуры, вероисповедания, развлечения, отдых, моральные ценности, потребность в общении, родной язык: _____
- 10. Социальное обследование – роль в семье, на работе, финансовое положение _____
- 11. Наследственный анамнез – наличие у кровных родственников диабета, высокого артериального давления, заболеваний сердца, инсульта, ожирения, туберкулеза, анемий, заболеваний желудка, почек, печени: _____

- *Рекомендации:*

- 1. Убедитесь, что пациент в состоянии с Вами общаться;
- 2. Соблюдайте субординацию;
- 3. Соблюдайте конфиденциальность;
- 4. Задавайте вопросы внятно, четко, доступно;
- 5. Не перебивайте пациента;
- 6. Делайте краткие, лаконичные записи;
- 7. Соблюдайте схему опроса пациента.



II этап - сестринская диагностика (сестринский диагноз)

Цели второго этапа сестринского процесса: анализ проведенных обследований; определить с какой проблемой здоровья сталкивается пациент и его семья; определить направление сестринского ухода.

- Сестринская диагностика – это клиническое суждение медсестры, в котором дается описание характера существующей или потенциальной ответной реакции пациентов на болезнь и свое состояние, с желательным указанием вероятной причины такой реакции.
- **II ЭТАП СЕСТРИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПРЕДЕЛЕНИЕ -НАРУШЕННЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПАЦИЕНТА И ВЫДЕЛЕНИЕ ЕГО ПРОБЛЕМ**
- **ПРОБЛЕМЫ ФИЗИЧЕСКИЕ**
- **СОЦИАЛЬНЫЕ**
- **ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ**
- **СУЩЕСТВУЮЩИЕ ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ –**
- **ПРИОРИТЕТЫ ПЕРВИЧНЫЕ ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ ВТОРИЧНЫЕ**
- После первичной оценки состояния пациента и записи полученной информации в лист медсестринской оценки медсестра обобщает её, анализирует и делает определённые выводы. Они и становятся проблемами, которые являются предметом сестринского ухода

- Медсестринский диагноз, реакция пациента на болезнь или состояние физиологические имеющиеся психологические духовные
- Сестринский диагноз состоит из 3 важных компонентов, которые обозначаются PES.
- "P" указывает на проблему, связанную со здоровьем
- "E" представляет собой этиологию (причину) проблемы
- "S" описывает совокупность признаков и симптомов, то есть то, что называется характерные признаки

- **Отличие сестринских диагнозов от врачебных**

- **Врачебный диагноз**

- 1.Выявить конкретное заболевание, сущность патологического процесса
- 2.Нарушение функции различных органов или систем и причина этих нарушений
- 3.Не меняется, если не было допущенной ошибки
- 4.Формулировка в терминах врачебной компетенции
- 5.Цель – вылечить пациента при острой патологии или при хронической вывести в стадию ремиссии

- **Сестринский диагноз**

- 1.Описание внешней ответной реакции пациента на наличие патологического процесса
- 2.Нарушение удовлетворения основных человеческих потребностей, как результат нарушений функций
- 3.Меняется и неоднократно, диагнозов может быть несколько
- 4.В терминах сестринской компетенции
- 5.Цель – удовлетворение потребностей пациента посредством профессионального ухода



III этап - планирование сестринского вмешательства

Цели третьего этапа сестринского процесса: исходя из потребностей пациента, выделить приоритетные задачи; разработать стратегию достижения поставленных целей; обозначить срок достижения данных целей.

- **ТРЕТИЙ ЭТАП - ПЛАНИРОВАНИЕ УХОДА**
- Во время планирования ОТДЕЛЬНО ДЛЯ КАЖДОЙ ПРИОРИТЕТНОЙ ПРОБЛЕМЫ формулируются ЦЕЛИ и ПЛАН ухода.
- **Постановка целей необходима по двум причинам:**
- 1) указание направления для индивидуального сестринского вмешательства,
- 2) использование для определения степени эффективности вмешательства.
- **Требования к постановке целей:**
- 1) Цели должны быть реальными, достижимыми.
- Нельзя ставить цель: пациент похудеет за 3 дня на 10 кг.
- 2) Необходимо установить конкретные сроки достижения каждой цели.
- **По срокам существует 2 вида целей:**
- а) краткосрочные (меньше одной недели);
- б) долгосрочные (недели, месяцы, часто после выписки).
- 3) Цели должны находиться в пределах сестринской компетенции.
- Неправильно: «У пациента не будет кашля к моменту выписки», так как это область компетенции врача.
- Правильно: « Пациент продемонстрирует знания о дисциплине кашля к моменту выписки».
- 4) Цель должна формулироваться в терминах пациента, а не медсестры.
- Неправильно: медсестра обучит пациента технике самовведения инсулина.
- Правильно: пациент продемонстрирует умение делать себе инъекции инсулина технически верно через неделю.
-

- **Каждая цель включает 3 компонента:**
- 1) действие;
- 2) критерии: дата, время, расстояние;
- 3) условие: с помощью кого/чего-либо.
- Например: в присутствии сестры пациент пройдет с помощью костылей 10 метров через неделю. Здесь «пациент пройдет» - действие, «в присутствии сестры с помощью костылей» - условие, «10 метров через неделю» критерий.
- После формулировки целей медсестра составляет собственно план ухода за пациентом, то есть письменное руководство по уходу, представляющее собой подробное перечисление специальных действий медсестры, необходимых для достижения целей ухода по приоритетной проблеме пациента.
- Медсестра над чистым листом бумаги тщательно обдумывает ситуацию, стараясь подробно, по пунктам, ответить на вопросы - что она может сделать для пациента по данной проблеме? Как облегчить его положение?
- **ВНИМАНИЕ! План обязательно должен быть конкретным, недопустимы общие фразы и расплывчатые рассуждения. Другими словами, если Вы планируете провести беседу с пациентом, Вы должны записать тезисы этой беседы.**
- После формулирования целей и составления плана ухода медсестра обязана согласовать свои действия с пациентом, заручиться его поддержкой, одобрением и согласием.
- Одновременно медсестра ориентирует пациента на успех, доказывая ему достижимость целей и вместе с пациентом определяя пути их достижения.
- План ухода обязательно записывается в сестринской документации к осуществлению сестринского процесса, что обеспечивает:
 - 1) продуманность, последовательность, систему в оказании сестринской помощи;
 - 2) преемственность и координацию ухода между сестрами координаторами и сестрами-манипуляторами;
 - 3) легкоосуществимый контроль за качеством сестринской помощи.
-



IV этап - сестринское вмешательство

Цель четвертого этапа сестринского процесса: сделать все необходимое для выполнения намеченного плана ухода за пациентом идентично общей цели сестринского процесса.

• **ЧЕТВЕРТЫЙ ЭТАП - РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА УХОДА**

- Все, что медсестра наметила сделать на бумаге, теперь она должна претворить в жизнь - самостоятельно или с посторонней помощью.
- **Цель этапа** - обеспечение соответствующего ухода за пострадавшим, обучение и консультирование.
- Сестринские действия подразумевают 3 типа сестринских вмешательств:
 - - зависимые;
 - - независимые;
 - - взаимозависимые.
- **ЗАВИСИМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА**
 - - такие действия медсестры, которые выполняются по требованию или под наблюдением врача, к примеру, инъекции антибиотиков каждые 4 часа, смена повязок, промывание желудка.
 - Однако сестра в этом случае не должна автоматически выполнять указания врача. Она обязана определить, правильно ли определена доза, учтены ли противопоказания к назначению препарата, совместимо ли это лекарственное средство с другими, оптимален ли путь введения и т.д.
 - Прояснение указаний входит в компетенцию медсестры. Сестра, выполняющая неверное или ненужное предписание, профессионально некомпетентна и ответственна за последствия ошибки.

- **НЕЗАВИСИМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

- - действия, осуществляемые медсестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, автономно, без прямого требования со стороны врача.
- Иллюстрацией могут служить следующие примеры:
- 1) оказание помощи пациенту в самообслуживании, наблюдение за реакцией пациента на лечение и уход, а также за его адаптацией в условиях ЛПУ,
- 2) обучение и консультирование пациента и его семьи,
- 3) организация досуга пациента.

- **ВЗАИМОЗАВИСИМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

- - сотрудничество с врачом или с другим специалистом в области здравоохранения, например, с физиотерапевтом, диетологом или инструктором ЛФК, когда действия сторон одинаково важны для достижения конечного результата.
- Примером может служить случай реанимационных мероприятий. Кто важнее - тот, кто осуществляет искусственную вентиляцию легких или тот, кто выполняет непрямой массаж сердца.



V этап - определение степени достижения цели и оценка результата

Цель пятого этапа сестринского процесса: определить, в какой степени достигнуты поставленные цели. На этом этапе медсестра: определяет достижение цели; сравнивает с ожидаемым результатом;; формулирует выводы; делает соответствующую отметку в документах (сестринской истории болезни) об эффективности плана ухода.

- **5 - й ЭТАП СП: ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТА-ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕСТРИНСКОГО УХОД**

Включает:

- 1) оценку реакции пациента на уход:
 - - улучшение (желание общаться, улучшение настроения, аппетита, облегчение дыхания),
 - - ухудшение (бессонница, депрессия, диарея),
 - - прежнее состояние (слабость, трудности при ходьбе, агрессия);
- 2) оценку действий самой сестрой (результат достигнут, частично достигнут, не достигнут);
- 3) мнение пациента или его семьи (улучшение состояния, ухудшение, без изменений)
- 4) оценку действий сестрой-руководителем (достижение цели, коррекция плана ухода).
- При не достижении цели или ее частичном достижении медсестра формулирует заключение, например, «план помощи необходимо пересмотреть», «необходимо провести обследование ... ». При неправильном определении приоритетности проблем действительных и потенциальных медсестре также необходимо переосмотреть цели и приоритеты. Только после внесения необходимых изменений сестра приступает к выполнению пересмотренного плана ухода и сестринский процесс возобновляется.

- 1. При обследовании пациента четко разделять субъективное - на основе опроса и объективное - на основе обследования. Опрашивать пациента, членов семьи, знакомиться с медицинской документацией.
- 2. При выяснении проблем пациента (сестринские диагнозы) выделять: *физические* (боль, кашель и т.д.), *психосоматические* (страх смерти, обилие несуществующих жалоб и т.д.), *социально-духовные* (социальное окружение, общение, досуг и т.д.), *эмоциональные* (плаксивость, нервозность и т.д.).
- 3. При планировании ухода четко определять основные, сопутствующие, потенциальные проблемы и обязательно - приоритетную проблему. При определении целей - что делать первоначально, время для решения проблем, с чьей помощью решать проблему.
- 4. При выполнении - четко делить на *независимое самостоятельное* решение проблем (общий уход, обучение родственников правилам общего ухода за больным и т.п.), *зависимое* (выполнение назначений врача), *взаимозависимое* (привлечение других служб к уходу за пациентом).
- 5. При оценке результатов указывать - *цель*: достигнута, достигнута частично, не достигнута.
- 6. Предлагаемый перечень основных человеческих потребностей, исходя из которых выделяются проблемы пациента:
 - · Нормальное дыхание
 - · Адекватное питание и питье
 - · Физиологические отправления
 - · Движение
 - · Сон
 - · Одежда: способность одеваться, раздеваться, выбирать. Личная гигиена.
 - · Поддержание нормальной температуры тела
 - · Поддержание безопасности окружающей среды
 - · Общение
 - · Труд и отдых.
 - ·

- **Первичный сестринский осмотр**

- Ф.И.О. медицинской сестры-----

- Ф.И.О. лечащего врача-----

- Наименование стационара-----

- Отделение-----№ палаты-----

- Дата поступления-----время поступления-----

- Паспортные данные-----

- Фамилия, имя, отчество-----

- -----

- Дата, год рождения-----пол-----

- Профессия-----должность-----

- Адрес и телефон больного-----

- Наличие и телефон родственников-----

- Наличие страховки-----

- Группа крови-----

- Характер госпитализации (плановая, экстренная)-----

- Предположительный врачебный диагноз-----

- -----

- Требуемая транспортировка (кресло, каталка, костыли, самостоятельно и т. п.)-----

- Источники информации-----

- Мнение больного об исходе заболевания-----

- Причина обращения-----

- -----

- -----

- -----

- -----

- Проблемы пациента:

- -----

- -----

- -----

- История развития медико-психологических проблем (начало проявления проблем, с чем они связаны, как развивались симптомы, периоды улучшения, ухудшения, госпитализации, эффект от предыдущего лечения)-----

- Травмы и операции в прошлом-----

- Краткая история жизни:

- Место рождения-----

- Образование-----

- Социальный статус (замужем, женат, разведен, вдовец, дети, отношения в семье)-----

- С кем проживает в настоящее время-----

- Условия труда-----

- Профессиональные вредности-----

- Отношение к интоксикациям:

- 1.алкоголь-----

- 2.наркотики-----

- 3.табакокурение-----

- 4.злоупотребление кофе-----

- 5.токсикомании-----

- 6.злоупотребление лекарственными препаратами-----

- Сексуальная жизнь (регулярность)-----

- Наследственность(АГ, сахарный диабет и т.д.)-----

- Эпидемиологический анамнез

- 1.туберкулёз-----

- 2.гепатит-----

- 3.другие инфекции-----

- 4.инъекции в течение 6 месяцев до госпитализации-----

- Аллергологический анамнез:

- 1.непереносимость пищи-----

- 2.лекарственных препаратов-----

- 3.предметов бытовой химии-----

- 4.другие аллергены-----

- Гинекологический анамнез:

- беременности-----

- роды-----

- аборт-----

- гинекологические заболевания-----

Объективное обследование

1.НОРМАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ

- имеются ли проблемы с дыханием (да, нет)-----
- характер дыхания (глубокое, поверхностное, ритмичное, аритмичное, свободное, затруднённое, шумное, ИВЛ, обычное)-----
- дышит через рот или нос-----одышка-----
- пользуется ли ингалятором (как часто)-----
- требуется ли кислород (да, нет)-----
- ЧДД-----кашель-----характер мокроты:-----
- форма и симметричность грудной клетки-----
- характеристика пульса-----
- ритмичность-----частота-----
- наполнение-----напряжение-----
- симметричность-----дефицит пульса-----
- АД (на правой руке)-----на левой-----
- требуется ли специальное положение в постели (да, нет)-----

2.ПИТАНИЕ И ПИТЬЕ

- Особенности питания -----
- Регулярность приёма пищи-----
- аппетит-----
- Диета-----
- Предпочитаемая пища-----
- необходимость обращения к диетологу (да, нет)-----
- рост-----вес-----
- конституция (астеник, нормостеник, гиперстеник)-----
- тонус мышц-----
- осмотр кожи и слизистых:
 - цвет-----влажность-----тургор-----
 - слизистые полости рта и зева-----
 - глотание (свободное, затруднено)-----
 - язык (чистый, обложен, сухой, влажный)-----
 - запах изо рта (есть, нет)-----
 - отёки (есть, нет)-----
 - подкожно-жировой слой (выраженность)-----
 - пьёт жидкости (достаточно, ограниченно, много)-----
 - водный баланс-----
 - имеются ли зубы (да, нет)-----
 - имеются ли съёмные зубные протезы (да, нет)-----
 - может ли самостоятельно питаться, пить или нужна помощь--

- рвота-----характер-----
- живот(мягкий, напряжен, болезненный, вздут, участвует в дыхании, наличие свободной жидкости в брюшной полости)-----
-----симметричность-----

-
- 3.ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОТПРАВЛЕНИЯ
- стул-----характер-----регулярность----
- патологические примеси-----
- мочеиспускание(свободное, затруднённое, катетером, частота)-----
- -----
- болезненность-----цвет-----
- использование слабительных (какие указать)-----
- искусственное отверстие (колостома, цистостома)-----
- постоянный катетер-----
- недержание мочи-----
- недержание кала-----

-
- 4.ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ
- зависим (да, нет)-----
- применение приспособлений при ходьбе-----
- опорно-двигательный аппарат-----
- как далеко может передвигаться пешком (сам, с посторонней помощью)-----
- -----

-
- 5.СОН, ОТДЫХ
- сон (продолжительность, встает ли ночью)-----
- снотворные-----
- засыпание-----
- нуждается ли в дневном отдыхе-----
- кошмары-----

-
-

• 6. СПОСОБНОСТЬ ОДЕТЬСЯ, РАЗДЕТЬСЯ, ВЫБРАТЬ ОДЕЖДУ. ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА.

• самостоятельно (да, нет)-----

• какие имеются трудности-----

• заботится ли о своей внешности-----

• тремор (рук, головы, выраженность)-----

• гигиеническое состояние (нуждается в мытье, чистота белья и т.п.)

• -----

• способность к самоуходу (требуемая помощь)-----

• возможность выбора одежды-----

• риск развития пролежней-----

• -----

• 7. ПОДДЕРЖАНИЕ НОРМАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ

• температура тела-----

• замечания-----

• -----

• 8. ПОДДЕРЖАНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ

• состояние (удовлетворительное, ср. тяжести, тяжелое, крайне тяжелое)-----

• поведение: обычное, спокойное, возбуждение, беспокойство, агрессивность, вялость, сонливость, заторможенность-----

• положение в постели (активное, пассивное, вынужденное)-----

• -----

• слух-----

• зрение-----

• ориентировка в месте, времени-----

• риск получения травмы-----

• трудности в понимании-----

• -----

• 9. ТРУД И ОТДЫХ

• трудоспособность-----

• потребность в работе-----

• есть ли удовлетворение от работы-----

• возможность отдыхать-----

• предпочтительный вид отдыха-----

• увлечения-----

-
- 10.ВОЗМОЖНОСТЬ ОБЩЕНИЯ
- разговорный язык-----
- психическое состояние собственной личности (может назвать имя, возраст и т.п.)-----
-
- желание участвовать в беседе-----
- настроение (плаксивость, нервозность)-----
-
- память-----
- критика (понимает ли, что болен)-----
- нужен ли слуховой аппарат (да, нет)-----
- есть ли очки-----
- отклонения от нормы в поведении-----
- образ жизни, круг интересов больного-----
- -----
- социальный статус-----
- развлечения-----
- отдых-----
- верования-----
- образование-----
-
- **Нарушенные потребности:**
- -----
- -----
- **План работы медицинской сестры**
- Проблемы пациента
- наблюдение
- уход
- работа с родственниками
- оценка
- эффекта
- основные
-
-
-
-
- Сопутствующие.
-
- Потенциальные
-

-
- **Оценка состояния пациента в период лечения**

-
- Дата

-
- День №

- 1

- 2

- 3

- 4

- 5

- 6

- 7

- Внешний вид:

-
- Сознание:

- ясное

- спутанное

- отсутствие

-
- Положение в постели:

- Активное

- Пассивное

- Вынужденное

-
- Окраска кожных покровов:

- Влажность слизистых:

- Наличие отеков:

- Определение массы тела:

-

- Определение роста:

Измерение температуры тела

ЧДД

Тип дыхательных движений

Пульс

Определение суточного диуреза

Определение водного баланса

- Аллергия
- Наличие боли:
- Личная гигиена:
- самостоятельно
- треб. помощь
- Доп. активность:
- самостоятельно
- костыли
- трость
- каталка
- кресло
- Смена белья:
- самостоятельно
- треб. помощь
- Физиологические отправления:
- самостоятельно
- произвольно
- треб. помощь

- Купание:
- душ
- ванна
- в постели
- независимо

-

- Питание:
- самостоятельно
- треб. помощь
- независимость
- Отдых (сон)
- Возможность общения:
- -слух
- -зрение
- -речь

- **Оценка принимаемого лекарства**

- группа препарата
- фармакологическое действие
- показания

побочные действия

- способ приёма
- Время
- признаки передозировки
- Доза
- особенности введения
- помощь при передозировке
-
-
-
-
-

- Реакция на заболевание
- Потребность в общении
- Эмоциональное состояние
- Вредные привычки
- **Рекомендации пациенту при выписке из стационара.**
- Проблема
- Подход к решению проблем
- Рекомендации при долечивании на дому
- Диспансерное наблюдение

- Историю заполнил-----
- -----
- Преподаватель-----
- Оценка (замечания)-----
-
-



Благодарю за внимание!

