

---

(Название медицинской организации)

## КАРТА СЕСТРИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ

Ф.И.О. студента (ки) \_\_\_\_\_ группа \_\_\_\_\_ курс \_\_\_\_\_ отделение \_\_\_\_\_  
Защита работы «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.  
Оценка \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. преподавателя \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Наименование лечебного учреждения \_\_\_\_\_

### Лист первичной оценки состояния пациента

Дата и время поступления \_\_\_\_\_

Дата и время выписки \_\_\_\_\_

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

Переведен в отделение \_\_\_\_\_

Проведено койко-дней \_\_\_\_\_

Виды транспортировки: *на каталке; на кресле; может идти* (подчеркнуть)

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

Побочные действия (непереносимость) лекарств \_\_\_\_\_

(название препарата, характер побочного действия)

1. Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

2. Пол \_\_\_\_\_ 3. Возраст \_\_\_\_\_ (полных лет, для детей: до года \_\_\_\_\_ месяцев, до 1 месяца \_\_\_\_\_ дней)

4. Постоянное место жительства (адрес) \_\_\_\_\_

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

6. Кем направлен больной \_\_\_\_\_

7. Направлен в стационар по экстренным показаниям: *да; нет, через \_\_\_\_\_ часов после начала заболевания, получения травмы; госпитализирован в плановом порядке* (подчеркнуть)

8. Врачебный диагноз \_\_\_\_\_

### СУБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

1. Цель госпитализации: *лечение, реабилитация* (подчеркнуть)

2. Внешний вид пациента: *опрятен, неопрятен* (подчеркнуть)

3. Семейное положение: *состоит в браке (в разводе), вдовец, дети* \_\_\_\_\_  
внуки \_\_\_\_\_

4. Жилищные условия, с кем проживает \_\_\_\_\_

5. Жалобы:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

6. История болезни

- Когда началась \_\_\_\_\_
- Как протекала \_\_\_\_\_

7. История жизни

- **Перенесенные заболевания:** *травмы, переломы, тяжелые инфекции, операции, инфаркт, инсульт* (подчеркнуть) \_\_\_\_\_
- **Аллергические реакции:**
  - ✓ на лекарства \_\_\_\_\_
  - ✓ на пищу \_\_\_\_\_
  - ✓ другие аллергены \_\_\_\_\_
- **Наследственность** - *наличие у кровных родственников следующих заболеваний* (подчеркнуть): сахарный диабет; АГ, инфаркты, инсульты, ожирение \_\_\_\_\_

### ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Масса тела \_\_\_\_\_ кг; рост \_\_\_\_\_; ИМТ \_\_\_\_\_

АД \_\_\_\_\_ мм. рт. ст.;

Пульс: ЧСС \_\_\_\_\_ в минуту, *регулярный, нерегулярный* (подчеркнуть)

ЧДД \_\_\_\_\_

## Состояние при поступлении

<b>1. Потребность пациента в нормальном дыхании</b>		
Проблемы с органами дыхания Замечания:	ДА	НЕТ
Одышка Замечания:	ДА	НЕТ
Кашель Замечания:	ДА	НЕТ
Является ли курильщиком? Сколько сигарет выкуривает в день? _____ Замечания:	ДА	НЕТ
Наличие трахеостомической трубки Замечания:	ДА	НЕТ
Требуется ли кислород? Замечания:	ДА	НЕТ
Требуется ли специальное положение в постели? Замечания:	ДА	НЕТ

<b>2. Потребность пациента в адекватном питании и питье</b>		
Аппетит: хороший, снижен, отсутствует (подчеркнуть) Замечания:	ДА	НЕТ
Нужно ли обращение к диетологу? Дата обращения _____ Назначенная диета _____ Замечания:	ДА	НЕТ
Требуется ли специальный совет по поводу диеты? Замечания:	ДА	НЕТ
Имеется ли сахарный диабет? Как регулируется заболевание: Диета, инсулин, сахароснижающие таблетки (подчеркнуть) Замечания:	ДА	НЕТ
Пьет жидкости: Достаточно, недостаточно, много (подчеркнуть) Замечания:		
Определялся ли водный баланс? Замечания:	ДА	НЕТ
Употребляет ли алкоголь? Замечания:	ДА	НЕТ
Необходима ли помощь при принятии пищи и питья? Замечания:	ДА	НЕТ
Имеются ли зубы? Верх, низ, полностью (подчеркнуть) Замечания:	ДА	НЕТ

<b>3. Потребность пациента в физиологических отправлениях</b>		
Функционирование мочевого пузыря: Частота (в сутки) _____, в ночное время _____ Замечания:		
Функционирование кишечника: Частота (в сутки) _____, привычное время дефекации _____ Замечания:		

Используются ли слабительные средства? Замечания:	ДА	НЕТ
Недержание мочи Замечания:	ДА	НЕТ
Недержание кала Замечания:		
Наличие стомы: кишечника, мочевого пузыря (подчеркнуть) Какие используются устройства? _____ Замечания:	ДА	НЕТ
Наличие постоянного катетера Замечания:	ДА	НЕТ
Необходима ли помощь при мочеиспускании, дефекации? Замечания:	ДА	НЕТ

#### 4. Потребность пациента в движении

Режим активности: Общий, палатный, постельный, строгий постельный (подчеркнуть) Замечания:		
Зависимость: полная, частичная, независим (подчеркнуть) Замечания:		
Применяются ли приспособления при ходьбе? Ходунки, трость, костыли, протез нижних, верхних конечностей (подчеркнуть) Замечания:	ДА	НЕТ
Имеются ли сложности при ходьбе? Без посторонней помощи, с помощью 1 человека, с помощью 2 человек (подчеркнуть) Замечания:	ДА	НЕТ
Имеются ли сложности при перемещении в постели? Без посторонней помощи, с помощью 1 человека, с помощью 2 человек Замечания:	ДА	НЕТ
Способен ли самостоятельно садиться в постели, пересаживаться на стул, вставать? Замечания:	ДА	НЕТ
Используется ли кресло-каталка? Замечания:	ДА	НЕТ

#### 5. Потребность пациента во сне и отдыхе

Обычная картина сна: часы _____, время _____, снотворное _____, алкоголь _____ Замечания:		
Спит: в кровати (подчеркнуть) в кресле (подчеркнуть) число подушек _____ одеяло: теплое, легкое (подчеркнуть) Замечания:		
Требуется ли дневной отдых: в кровати (подчеркнуть)	ДА	НЕТ

в кресле (подчеркнуть) Время _____ Замечания:		
Имеются ли трудности во сне и отдыхе? Замечания:	ДА	НЕТ

<b>6. Потребность пациента в осуществлении личной гигиены, выборе одежды</b>		
Способен ли самостоятельно раздеваться, одеваться? Замечания:	ДА	НЕТ
Способен ли к самообслуживанию при осуществлении личной гигиены? Замечания:	ДА	НЕТ
Заботится ли о своей внешности? Замечания:	ДА	НЕТ
Способен ли самостоятельно умываться, чистить зубы, бриться? Замечания:	ДА	НЕТ
Способен ли самостоятельно ухаживать за волосами? Замечания:	ДА	НЕТ
Способен ли самостоятельно мыться в ванной, под душем? Замечания:	ДА	НЕТ
Способен ли самостоятельно пользоваться судном, мочеприемником? Замечания:	ДА	НЕТ
Способен ли самостоятельно ходить в туалет? Замечания:	ДА	НЕТ
Есть ли изменения нормального состояния слизистых? Глаз, носа, полости рта (подчеркнуть) Замечания:	ДА	НЕТ
Состояние кожи: здоровая, сухая, влажная, опрелости, пролежни, язвы, (подчеркнуть) Замечания:		
Риск развития пролежней по шкале Ватерлоу _____ баллов		

### Оценка риска развития пролежней по шкале Ватерлоу

Телосложение масса тела относительно роста	Среднее	- 0	
	Выше среднего	- 1	
	Ожирение	- 2	
	Ниже среднего	- 3	
Тип кожи. Зоны визуального риска	Здоровая	- 0	
	«Папиросная», сухая, отечная, липкая	- 1	
	Изменение цвета	- 2	
	Трещины, пятна	- 3	
Пол. Возраст	Мужской	- 1	
	Женский	- 2	
	14-49	- 1	
	50-64	- 2	
	65-74	- 3	
	75 – 80	- 4	
	Более 81	- 5	
Особые факторы риска	Нарушение питания кожи:		
	Терминальная кахексия	- 8	
	Сердечная недостаточность	- 5	
	Болезни периферических сосудов	- 5	

	Анемия	- 2	
	Курение	- 1	
Недержание	Полный контроль	- 0	
	Периодическое	- 1	
	Через катетер или недержание кала	- 2	
	Недержание кала и мочи	- 3	
Подвижность	Полная	- 0	
	Беспокойный	- 1	
	Почти неподвижный	- 2	
	Ограниченная подвижность	- 3	
	Инертный	- 4	
	Прикованный к креслу	- 5	
Аппетит, возможность получать пищу	Средний	- 0	
	Плохой	- 1	
	Питательный зонд	- 2	
	Парентерально, анорексия	- 3	
Неврологические расстройства	Диабет, множественный атеросклероз	- 4	
	Инсульт, моторные/сенсорные расстройства	- 6	
Обширные оперативные вмешательства, травмы	Ортопедические, ниже пояса, позвоночник	- 5	
	Более 2 часов на столе	- 5	
Лекарственная терапия	Цитостатики, стероиды, противовоспалительные	- 5	
<b>ИТОГО БАЛЛОВ</b>			
Нет риска - 1-9 баллов, есть риск - 10 баллов, высокая степень риска - 15 баллов, очень высокая степень риска - 20 баллов			

#### 7. Потребность пациента в поддержании нормальной температуры тела

Температура тела: нормальная, повышенная, пониженная (подчеркнуть) Замечания:		
В момент обследования температура _____ градусов по Цельсию Замечания:		
Имеется ли трудность самостоятельно поддерживать нормальную температуру тела? укрыться, раскрыться (подчеркнуть) Замечания:	ДА	НЕТ

<b>8. Потребность пациента в поддержании безопасной окружающей среды</b>		
Может ли самостоятельно поддерживать свою безопасность? Замечания:	ДА	НЕТ
Имеются ли двигательные или сенсорные отклонения (недостатки)? Замечания:	ДА	НЕТ
Имеется ли какие-либо трудности в понимании? Замечания:	ДА	НЕТ
Ориентирован ли во времени и в пространстве? Замечания:	ДА	НЕТ
Риск падения Замечания:	ДА	НЕТ
Риск ожогов Замечания:	ДА	НЕТ

<b>9. Потребность пациента в труде и отдыхе</b>		
Трудоспособность сохранена Замечания:	ДА	НЕТ
Есть ли потребность в работе? Замечания:	ДА	НЕТ
Приносит ли работа удовлетворение? Замечания:	ДА	НЕТ
Предпочтительный вид отдыха, увлечения Замечания:		
Есть ли возможность отдыхать? Замечания:	ДА	НЕТ
Есть ли возможность реализовать свои увлечения? Замечания:	ДА	НЕТ

<b>10. Потребность пациента в общении</b>		
Реакция пациента на заболевание: адекватная, неадекватная Замечания:		
Имеются ли трудности при общении? Замечания:	ДА	НЕТ
Имеются ли трудности со слухом? Тугоухость, полная глухота (подчеркнуть) Замечания:	ДА	НЕТ
Используется ли слуховой аппарат? Замечания:	ДА	НЕТ
Имеются ли трудности с речью? Замечания:	ДА	НЕТ
Имеются ли нарушения зрения? Контактный линзы, очки (подчеркнуть) Замечания:	ДА	НЕТ

## ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА

<b>ДЕЙСТВИТЕЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА</b>	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

<b>ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА</b>	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

<b>ПРИОРИТЕТНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА</b>	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	



Ф И О пациента: \_\_\_\_\_ ПЛАН СЕСТРИНСКОГО УХОДА

№	Проблемы пациента	Цели (ожидаемый результат)	Сестринские вмешательства	Дата										Периодичность оценки	Оценка эффективности выполнения вмешательств		
1	2	3	4	5										6	7		
<b>Подпись медицинской сестры</b>																	

Лист динамического наблюдения за состоянием пациента (Ф.И. О. \_\_\_\_\_)

Дата																		
Температура	утро																	
	вечер																	
Пульс	утро																	
	вечер																	
Давление	утро																	
	вечер																	
ЧДД	утро																	
	вечер																	
Кашель, одышка																		
Аппетит (1 - 5 баллов)																		
Пища (в %)	Завтрак																	
	Обед																	
	Полдник																	
	Ужин																	
Вес (кг)																		
Выпитая жидкость (мл)																		
Суточный диурез (мл)																		
Стул																		
Зависимость полная																		
Зависимость частичная																		
Независимость																		
Утренний туалет																		
Душ, ванна																		
Смена белья нательного																		
Смена белья постельного																		
Пролежни																		
Сон (1 – 5 баллов)																		
Падение, травма																		
Боль																		
Посетители																		

**(ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ)**

Дата																								
День болезни																								
День пребывания в стационаре			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14								
П	АД	Т°	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В
			140	200	41																			
120	175	40																						
100	150	39																						
90	125	38																						
80	100	37																						
70	75	36																						
60	50	35																						

**Протокол противопролежневых мероприятий**

**ФИО пациента**

<b>Дата</b>										
<b>Утром по шкале Ватерлоу (баллы)</b>										
<b>Положение в постели:</b> 1. <i>На спине</i> 2. <i>На правом боку</i> 3. <i>На левом боку</i> 4. <i>Фаулера</i> 5. <i>Симса слева</i> 6. <i>Симса справа</i> 7. <i>На животе</i> 8. <i>Сидя</i>	<b>8-10 ч.</b>									
	<b>10-12 ч.</b>									
	<b>12-14 ч.</b>									
	<b>14-16 ч.</b>									
	<b>16-18 ч.</b>									
	<b>18-20 ч.</b>									
	<b>20-22 ч.</b>									
	<b>22-24 ч.</b>									
	<b>0 – 2 ч.</b>									
<b>2 – 4 ч.</b>										
<b>4 – 6 ч.</b>										
<b>6 – 8 ч.</b>										
<b>Водные процедуры: душ</b>										
<b>ванна</b>										
<b>обтирание (часы)</b>										
<b>подмывание (часы)</b>										
<b>Съеденная пища в %:</b>	<b>завтрак</b>									
	<b>обед</b>									
	<b>полдник</b>									
	<b>ужин</b>									
<b>Кол-во белка в (гр):</b>	<b>завтрак</b>									
	<b>обед</b>									
	<b>полдник</b>									
	<b>ужин</b>									
<b>Получено жидкости (мл):</b>	<b>8- 12 ч.</b>									
	<b>12 – 18 ч.</b>									
	<b>18 – 24 ч</b>									
<b>Поролоновые прокладки (время и место расположения)</b>										
<b>Проведен массаж (время и область массажа)</b>										
<b>Для поддержания умеренной влажности использовались</b>										
<b>Подпись медсестер:</b>	<b>Подпись старшей сестры</b>									

Наименование блюда	Масса	Белки
Каша пшеничная молочная вязкая без сахара	200	8.58
Каша гречневая вязкая	200	6.33
Каша манная молочная вязкая	230	7.98
Каша перловая	105	4.68
Рис отварной	150	3.81
Вермишель отварная	180	6.27
Макаронные изделия отварные	180	6.27
Яйцо	1 шт.	5.0
Хлеб ржаной	200	9.80
Хлеб пшеничный	150	11.40
Сыр	30	7.80
Масло сливочное	20	0.10
Суфле творожное паровое без сахара	140	21.11
Омлет паровой	110	10.85
Суп с фасолью	500	10.97
Щи из свежей капусты без картофеля вегетарианские	500	3.87
Щи из свежей капусты вегетарианские с картофелем	500	4.18
Суп гороховый	500	11.77
Суп рисовый молочный	500	7.03
Суп молочный манн. с протертой морковью	400	8.73
Суп с вермишелью	500	4.53
Суп картофельный рыбный	500	12.90
Суп овсяный вегетарианский с протертыми овощами	500	8.21
Борщ на костном бульоне	500	3.42
Борщ с картоф. и капустой вегет. со сметаной	500	3.42
Рассольник со сметаной	500	4.50
Суп картоф. с перловой крупой вегет. со сметаной	500	5.57
Суп-пюре из зеленого горошка	500	11.61
Куры отварные	100	22.23
Фрикадельки мясные паровые	100	16.38
Тефтели по-гречески с соусом	100	15.70
Колбаса отварная	50	6.85
Рыба отварная	100	26.39
Тефтели мясные паровые в молочном соусе	100	16.39
Кнели мясные	85	17.10
Шницель мясной жареный	100	15.79
Бефстроганов из отварного мяса	100	17.38
Гуляш	105	15.88
Говядина тушеная с черносливом	50	16.20
Суфле паровое из отварных кур	90	23.93
Яблоки	180	0.80
Овощи сборные отварные с маслом	200	4.13
Картофельное пюре	200	5.57
Маринад морковный	100	1.35
Морковь тушеная в молочном соусе	170	3.17
Яблоки печеные	105	0.5
Капуста свежая тушеная	200	4.95

**СОДЕРЖАНИЕ  
БЕЛКОВ  
В РАЦИОНЕ  
ЛПУ**

<b>Кофе с молоком (с подсластителем)</b>	200	2.80
<b>Чай</b>	200	0.20
<b>Сок апельсиновый</b>	200	1.40
<b>Компот из сухофруктов (с подсластителем)</b>	200	0
<b>Сок яблочный</b>	200	0
<b>Кисель из концентрата</b>	200	0.13
<b>Кефир</b>	200	5.60
<b>Молоко</b>	200	5.60

**Выписной или поэтапный эпикриз  
(нужное подчеркнуть)**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Палата \_\_\_\_\_ отделение \_\_\_\_\_

Дата заполнения эпикриза \_\_\_\_\_

**1. Какие изменения произошли в состоянии пациента с момента поступления до настоящего времени?**

Состояние:                   улучшилось  
(подчеркнуть)           ухудшилось  
  без изменений

**2. Какие проблемы решены?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Какие проблемы остались?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Рекомендации пациенту:**  
**а) в связи с заболеванием**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**б) по здоровому образу жизни**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Медицинская сестра \_\_\_\_\_

