

Ульяновский государственный университет
Институт медицины, экологии и физической культуры
Медицинский факультет
Кафедра педиатрии

УТВЕРЖДАЮ:

Зав. кафедрой педиатрии
д.м.н., профессор
Кусельман А.И.

«__» _____ 2015 г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ
4-го курсов
специальности «Лечебное дело», «Педиатрия»**

СХЕМА УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Ульяновский государственный университет
Институт медицины, экологии и физической культуры
Медицинский факультет им. Т.З. Биктимирова
Кафедра педиатрии

УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Выполнил:
студент гр. _____

Проверил:
преподаватель

Дата: _____

Ульяновск
20__

СХЕМА УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

I. Паспортная часть.

Все графы заполняются полностью, четко, без исправлений (сведения берутся из клинической истории болезни). В учебную историю болезни персональные данные (Ф.И.О., адрес, телефон, место работы родителей, номер школы или д/с) не вносятся в целях соблюдения врачебной тайны.

1. Больной N.
2. Пол.
3. Возраст (год, месяц и день рождения).
4. Дата поступления в клинику (день, час). Для поступающих в экстренном порядке обязательно указывается время госпитализации от начала заболевания.
5. Данные о родителях: возраст, профессия.
6. Посещает школу, детский сад, находится дома.
7. Адрес места жительства (указать только название города, села).
8. Отметка о групповой и резус-принадлежности крови – в обязательном порядке подтверждается подписью врача и датой проведения лабораторного анализа.
9. Клинический диагноз:
 - 1) основной
 - 2) осложнения
 - 3) сопутствующие заболевания

II. Жалобы (должны быть сформулированы кратко, перечислены):

1. Жалобы при поступлении в клинику.
2. Жалобы на день курации.

III. Начало и течение настоящего заболевания.

Необходимо отметить день, месяц, год начала болезни. Затем описать развитие заболевания так, чтобы в нем отразились первые симптомы, последовательность появления этих симптомов по этапам (дням) болезни, интенсивность. Появились ли новые симптомы в последующие дни, недели, месяцы, годы, какова их динамика. Наблюдался ли ребенок врачами, когда. Предположительные диагнозы за время болезни. Какое проводилось лечение за время болезни, в какие сроки. Какие лабораторные исследования сделаны за время болезни, их результат.

Для написания этого раздела необходимо просмотреть в клинической истории запись врача приемного отделения, статус при поступлении в больницу, дневники, температурные листы, отметки сестры об аппетите, рвоте, характере стула, мочи и других проявлениях заболевания до момента курации.

При необходимости опросить родителей ребенка, запросить дополнительную документацию из тех медицинских учреждений, которые наблюдали за ребенком прежде.

IV. Анамнез жизни.

Сведения для этого раздела составляются из следующих документов, имеющих в клинической истории болезни: направления; выписки из истории болезни, если больной переведен из другого лечебного учреждения; выписки из амбулаторной карты; записи дежурного врача при поступлении и сведений, полученных лечащим врачом или куратором от родителей.

1. Антенатальный период (для детей до 3-х лет).

Состояние здоровья матери во время беременности. Токсикозы в I и II половинах беременности; их проявления, кровяное давление, изменения в анализе мочи. Заболевания беременной, их лечение. Условия жизни, питание во время беременности.

Роды (число, год). Их характеристика (нормальные, кесарево сечение, вакуум-экстракция, щипцы и др.), продолжительность I и II периодов, осложнения в родах, время отхождения околоплодных вод, предлежание.

2. Характеристика новорожденного.

Доношен или нет (указать срок беременности к началу родов). Оценка по шкале Апгар. Масса тела, окружность головы, окружность груди, длина тела при рождении. Крик (слабый, громкий). Асфиксия. На который день отпала пуповина, заживление пупочной ранки. Не было ли сыпи, опрелостей. Желтуха новорожденных (сроки появления, выраженность, как долго держалась). Первое прикладывание к груди (когда, активно ли сосал).

3. Вскармливание.

Время отнятия от груди, соблюдался ли режим кормления. Смешанное или искусственное вскармливание, причина его, с какого возраста. Указать, какие заменители женского молока использовались, в каком количестве. Прикорм: с какого возраста, чем.

Витамины (соки): в каком возрасте, какие, систематически или нет.

Профилактика или лечение рахита (витамин Д₂, Д₃, доза, рыбий жир, УФО). Перевод на общий стол (когда).

Характеристика питания в данный момент. Аппетит: всегда ли хороший (удовлетворительный, снижен).

Стул: всегда ли нормальный (устойчивый, нет). Стул в настоящее время.

4. Показатели развития ребенка.

Масса тела в период новорожденности. Указать, когда удвоил массу в сравнении с массой при рождении. Масса тела к первому году и позже. Появление первых зубов к 1-му году жизни. С какого месяца держит голову, переворачивается со спины на живот, сидит, ходит. С какого возраста улыбается, гулит, фиксирует глазами яркие предметы, хватает игрушки, говорит отдельные слова, фразы.

В старшем возрасте – поведение в семье, коллективе, когда начал посещать школу, успеваемость в школе.

5. Перенесенные заболевания.

Во все периоды жизни: новорожденности, до 1-го года и старше. Упомянутся все перенесенные заболевания с указанием возраста; краткая характеристика перенесенных заболеваний (тяжесть, длительность течения, осложнения). Ставился ли диагноз экссудативно-катарального диатеза, рахита.

Аллергические реакции на пищевые продукты, лекарственные препараты и другие средства. Отмечались ли сыпи в связи с приемом антибиотиков, лекарств, цитрусовых, шоколада и т.д.

6. Профилактические прививки.

БЦЖ, АКДС, против полиомиелита, кори (необходимо указать точный срок произведенной прививки и ответную реакцию на прививку).

Реакция Манту (указать, когда делали, результат).

7. Семейный анамнез.

Возраст матери и отца. Состояние здоровья родителей: наличие хронических инфекционных заболеваний (туберкулез, сифилис), хронических интоксикаций (профессиональные, бытовые), аллергических и эндокринных заболеваний, ревматизма и др. Здоровье дедушек, бабушек, тетей, дядей (как по линии матери, так и по линии отца). Если умерли – в каком возрасте, причина.

Число беременностей у матери (1,2,3 и т.д.), чем закончилась каждая (аборт, выкидыш, недоношенность, нормальные роды), возраст и состояние здоровья детей от каждой беременности. Возраст и причина смерти умерших детей.

8. Бытовые условия и уход.

Материально-бытовые условия семьи. Общий заработок семьи, число членов семьи, сколько из них детей. Жилищные условия (квартира, комната). Характеристика квартиры (светлая, темная, теплая, холодная, сухая, сырая, проветривание).

Кто ухаживает за ребенком (мать, бабушка, няня). Посещение детского коллектива (ясли, детский сад, школа). Имеет ли отдельную кровать, купание регулярное или нет. Прогулки, их длительность. Режим дня, длительность сна (дневного, ночного).

V. Эпидемиологический анамнез (из имеющейся в истории болезни документации).

Контакты с инфекционными больными за последние 3 недели, включая грипп, острые респираторные заболевания. Наличие больных в окружении ребенка (родственники, соседи по дому, в яслях, в саду, школе и других коллективах).

VI. Аллергоанамнез.

Указывать наличие непереносимости тех или иных медикаментов, пищевых продуктов или других препаратов.

VII. Наркологический анамнез.

Применение ранее наркотических и психотропных препаратов, наличие «вредных» привычек (алкоголь, курение), профессиональных вредностей родителей.

VIII. Экспертный анамнез.

При наличии инвалидности – группа и очередной срок переосвидетельствования.

IX. Прививочный анамнез.

Обязателен при поступлении больных с травмами и т.д.

X. Трансфузионный анамнез.

Переливание крови и ее компонентов, давность и реакция организма.

XI. Данные объективного исследования на день курации.

Слева на полях обозначается дата на день заполнения студентом, фиксируется температура (T^0), пульс (П), число дыханий (Д), артериальное давление (АД), в центре обозначается день болезни.

Справа оставляются поля для прописи препаратов, назначений, процедур и т.д.

Например:

Дата: _____

День болезни: 10-й

Назначения:

T^0

1. Стол №

Пульс

2. Обильное питье

Д

3. Постельный режим

АД

и т.д.

Далее идет описание объективных изменений.

Каждый раздел озаглавляется и дается описание имеющихся изменений без употребления терминов диагностического характера. Например, не следует писать: «на коже потница», «скарлатинозная сыпь» или при описании костной системы: «имеются рахитические изменения» и др. При описании изменений по органам дыхания, кровообращения, пищеварения и т.д. применяются методики обследования и описания соответственно возрасту.

Общее состояние ребенка (удовлетворительное, среднетяжелое, тяжелое).

При этом необходимо описать, в чем, главным образом, выражается тяжесть состояния. Например, состояние тяжелое – ребенок лихорадит, возбужден, бледен, отказывается от еды и питья и т.д. Оценить состояние в баллах (шкала Кусельмана, см. Приложение 2).

Нервная система.

Сознание, реакция на окружающее. Характеристика поведения ребенка: настроение, раздражительность, возбуждение, вялость, замкнутость, общительность, сонливость, бессонница, положение тела, соответствие психического развития возрасту. Изменения со стороны черепно-

мозговых нервов (в соответствии со схемой, принятой в клинике нервных болезней). Состояние кожных рефлексов (брюшных, кремастерных) и сухожильных (коленных, ахилловых). Наличие менингеальных симптомов: ригидность затылочных мышц, с. Кернига, с. Брудзинского и др., симптомов натяжения, болей по ходу нервных стволов. Координационные пробы: пальце-носовая, пяточно-коленная, поза Ромберга. Походка. Дермографизм, характер его: белый, красный, смешанный, время появления, стойкость. Потливость.

При обследовании детей первых недель жизни отметить следующее:

1. Двигательную активность (вялость, беспокойство, атетозоподобные движения, судороги).
2. Характер крика (громкий, слабый, пронзительный).
3. Наличие и степень выраженности безусловных рефлексов (сосательный, ладонно-ро-товой, хоботковый, хватательный, защитный, ползания, опоры, автоматической ходьбы и др.).
4. Состояние мышечного тонуса (гипертония, гипотония, дистония).
5. Наличие патологических знаков (симптом Грефа, вертикальный нистагм, глубокое сходящееся косоглазие, симптом «заходящего солнца», разница в ширине глазных щелей, сглаженность носогубной складки, размашистый тремор, клонус стоп).

Внешний осмотр глаз.

Отделяемое, гиперемия конъюнктив, инъекция сосудов склер, боли при движении глазных яблок, светобоязнь, отечность век, слезотечение и др.

Внешний осмотр ушей.

Отделяемое, гиперемия кожи наружного слухового прохода, надавливание на козелок (болезненно, безболезненно).

Физическое развитие.

Масса, длина тела, окружность груди, головы, оценка развития в сравнении с возрастной нормой.

Кожа.

Цвет, пушковые волосы, опрелости, влажность, сухость, эластичность, рубцы, сыпь, пигментация и депигментация, кровоизлияния (точечные, крупные, синяки) и т.п. При описании любой сыпи необходимо описать характер элемента (пятно, папула, везикула, волдырь, кровянистая корочка, пустула и т.д.); преимущественный размер элементов, очертания и цвет их, преимущественную локализацию (на сгибательной поверхности, на разгибательной поверхности и т.д.); слияние или разобщенность элементов; исчезновение или сохранение их при надавливании или растягивании кожи; фон кожи (не изменен, гиперемирован), шелушение (отрубевидное, крупнопластинчатое, преимущественная локализация).

Волосы, пальцы и ногти.

Волосы (тусклые, блестящие, ломкие, сухие и т.д.). Цианоз кончиков пальцев, форма концевых фаланг, развитие ногтей, их форма (например, пальцы в виде «барабанных палочек» или ногти в виде «часовых стекол» и т.д.), ломкость ногтей, их исчерченность, состояние ногтевого ложа.

Подкожно-жировая клетчатка.

Состояние питания, развитие подкожно-жирового слоя, равномерность распределения, пастозность, Стрии, их локализация, степень плотности, тургор тканей.

Лимфатические узлы.

Группы лимфоузлов, доступные пальпации: тонзиллярные, подчелюстные, задне-шейные, затылочные, подмышечные, паховые, кубитальные, торакальные. Отмечается их количество (единичные, множественные), величина (в см), форма, консистенция, болезненность, подвижность, спаянность с кожей и окружающими тканями, рубцы. При описании шейной группы лимфоузлов отмечают возможную деформацию шеи в связи с лимфаденитом, отеком шейной клетчатки или другие изменения (увеличение слюнных желез, щитовидной железы и т.д.). Необходимо проверить симптомы «зыбления», «утолщения складки», «выскальзывания».

Мышцы.

Степень развития, тонус (нормальный, повышенный, пониженный), болезненность при ощупывании, при активных и пассивных движениях. Сила мышц, возможное уплотнение и другие симптомы.

Костная система.

Форма головы, состояние швов, родничков (размер большого родничка, выпухание и западение, плотность или податливость краев), размягчение (краниотабес) и деформация костей, периоститы, болезненность при надавливании, при поколачивании. Состояние позвоночника (болезненность, подвижность, искривления и т.д.).

Форма грудной клетки.

Деформации, асимметрии, искривления грудной части позвоночника, западение или выпячивание над- и подключичных ямок, разница в глубине и ширине их, положение ключиц и лопаток, эпигастральный угол, гаррисонова борозда, утолщение ребер на границе костной и хрящевой части.

Система дыхания.

Носовое дыхание (сохранено, нет), тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный). Частота, глубина, ритм дыхания, участие в акте дыхания обеих половин грудной клетки, одышка (инспираторная, экспираторная, смешанная).

Пальпация: податливость грудной клетки, болезненность, ее локализация, межреберные промежутки (расширены, сужены, ощущение трения плевры), голосовое дрожание.

Перкуссия: сравнительная – изменение перкуторного звука, локализация, топографическая – границы легких, подвижность легочных краев. Перкуссия по позвоночнику (с. Кораньи).

Аускультация. Характер дыхания (пуэрильное, везикулярное, бронхиальное и т.д.), хрипы сухие, влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые), звучные, незвучные, крепитация звучная, незвучная, крепитация только на высоте вдоха после покашливания; шум трения плевры, его локализация, характер; бронхофония (с. Д'Эспина).

Система кровообращения.

Осмотр сердечной области: выпячивание, пульсация (сердечный и верхушечный толчок).

Пальпация: сердечный и верхушечный толчок, локализация, ширина, высота, сила верхушечного толчка, «кошачье мурлыканье», его отношение к фазам сердечной деятельности (систолическое, диастолическое).

Перкуссия: границы относительной сердечной тупости.

Аускультация: ритм, ясность, звучность или глухость сердечных тонов, акценты, раздвоение, шумы, их характер (продолжительность, тембр, интенсивность), отношение к фазам сердечной деятельности (систолический, диастолический), локализация, наибольшая интенсивность, изменчивость, шум трения перикарда, его характер (нежный, грубый, продолжительность, локализация).

Пульсация сосудов шеи, височных артерий конечностей в надчревной области.

Пульс лучевой артерии: частота, дыхательно-пульсовый коэффициент, ритмичность (ритмичный, аритмичный, какая аритмия), величина (средний, большой или высокий, малый нитевидный, одинаковый или разный на обеих руках), напряжение (твердый, мягкий, среднего напряжения), форма и характер (нормальный, скорый, медленный, дикротический), синхронность на обеих руках. Аускультация сосудов: артерий сонных, бедренных, плечевых, шейных вен. Артериальное давление

Система пищеварения и органы брюшной полости.

Губы: цвет, влажность, высыпания, изъязвления, трещины, пузыри. Рот (осматривается в последнюю очередь): цвет слизистых оболочек, кровоизлияния, язвочки, энантема, влажность, пятна Филатова и другие изменения.

Для детей раннего возраста: кратность кормления, сколько высасывает из груди, бутылочки.

Срыгивание, рвота.

Язык: цвет, влажность или сухость, рисунок («географический» язык), налет, состояние сосочков (гипертрофия, атрофия, «малиновый» язык, «лакированный» язык), трещины, язвы, отпечатки зубов, дрожание высунутого языка, отклонение его в сторону.

Зубы: молочные, постоянные, их число, состояние.

Десны: цвет, набухание, разрыхленность, кровоточивость, язвы.

Глотка: цвет слизистой оболочки, состояние миндалин (гипертрофия, отек, степень увеличения), состояние дужек, язычка, налеты (форма: островчатые, сплошные, плотные, рыхлые, гноевидные и т.д., величина, локализация, снимаются ли шпателем).

Задняя стенка: зернистость, гиперемия, наличие слизи, гноя и т.д.

Характеристика состояния слюнных желез (околоушных, подчелюстных, подъязычных). Их увеличение, болезненность, припухлость, изменение кожи в области желез, боли при жевании, открывании рта и т.д.

Живот: форма, симметричность, вздутие, выпячивание, западение, видимая пульсация, расширение вен стенки живота, участие живота в акте дыхания, рубцы, перистальтика. Перкуссия и поколачивание: перкуторный звук, болезненность, ее локализация, напряжение стенки живота, флюктуация. Пальпация поверхностная (ориентировочная), степень напряжения брюшной стенки, местное напряжение, болезненность, локализация, уплотнения.

Специальная пальпация: состояние прямых мышц живота, расхождение паховых колец, пупка. Пальпация глубокая: желудок, отделы кишечника, лимфатические узлы, инфильтраты, плотные конгломераты. Аускультация: перистальтика кишечника.

Печень и желчный пузырь.

Осмотр, видимое увеличение печени.

Перкуссия: границы печени (верхняя, нижняя), болезненность при перкуссии и поколачивании. Определение размеров по Курлову. Пальпация специальная: край (острый, закругленный, тупой, ровный, неровный, фестончатый), консистенция, поверхность (ровная, гладкая, зернистая, бугристая), болезненность. При наличии асцита – баллотирующая пальпация, перкуссия.

Характер стула: количество, кратность, консистенция (жидкая, кашицеобразная, «овечий кал»); цвет: примесь крови, зелени, слизи; стул по виду: «ректальный плевок», «болотная тина», «лягушачья икра», «рисовый отвар» и т.д.

Селезенка.

Видимое увеличение, верхняя и нижняя границы, перкуторные границы при перкуссии в положении на спине и на правом боку, величина, консистенция, характеристика края (острый, тупой), поверхность (гладкая, бугристая, зернистая), болезненность, подвижность при дыхании.

Мочеполовые органы.

Выпячивание над лобком, в области почек, болезненность при поколачивании над лобком, симптом Пастернацкого. Пальпация почек глубокая в положении на спине, на боку, в вертикальном положении: увеличение, смещение почки, подвижность, консистенция, поверхность (гладкая, бугристая), болезненность.

Мочеиспускание (учащено, задержано, болезненно). Цвет мочи: соломенно-желтый, цвета пива, мясных помоев и др. Порции (малые, обильные).

Развитие половых органов.

Вторичные половые признаки (соответствуют, не соответствуют возрасту ребенка).

ХII. Предварительный диагноз и его обоснование.

1. Основное заболевание.
2. Сопутствующие заболевания.
3. Осложнения.

Предварительный диагноз кратко основывается на данных анамнеза, истории развития настоящего заболевания, эпидемиологического анамнеза и объективного исследования с учетом сроков болезни и основных симптомов.

ХIII. План обследования.

Для подтверждения предварительного диагноза составляется план проведения лабораторных и инструментальных исследований.

ХIV. Результаты лабораторных, инструментальных и других исследований.

Переписываются из клинической истории болезни в хронологическом порядке с обозначением даты исследования. Рядом проставляются данные, характеризующие возрастную норму (формула периферической крови, биохимические показатели и др.)

Приведенные результаты анализов должны иметь оценку с точки зрения возрастной нормы. В конце представляется заключение по всем дополнительным методам исследования, где подчеркиваются патологические отклонения, которые должны учитываться при постановке окончательного клинического диагноза.

XV. Дневник.

Примерная форма дневника:

Дата: _____	День болезни: _____	Назначения:
T ⁰	В тексте описываются изменения на коже,	1. Режим
П	слизистых оболочках. Динамика изменений	2. Диета, схема кормления
Д	по органам. Особое внимание уделяется	ребенка и т.д.
АД	динамике патологических симптомов, изменение сыпи, появление шелушения, изменение лимфоузлов и других симптомов, имеющих значение в постановке окончательного диагноза). Для грудных детей особое внимание обращается на функцию желудочно-кишечного тракта (аппетит, срыгивание, рвота, частота стула, сколько и какой пищи съел ребенок). Как сосет грудь. Состояние большого родничка и т.д.	

Примечание:

В конце дневника фиксируются основные назначения и манипуляции, полученные в этот день (антибиотики, переливания крови, плазмы; введение внутривенно глюкозы, внутримышечно – витаминов и т.д.).

XVI. Обоснование клинического диагноза.

Клинический диагноз должен быть обоснован в первые 5 суток от момента госпитализации больного.

Логическая схема доказательства диагноза может быть следующей:

1) жалобы; 2) данные истории развития настоящего заболевания; 3) объективные данные; 4) динамика патологических симптомов за время наблюдения; 5) результаты лабораторных и других дополнительных методов исследования; 6) эпидемиологический анамнез.

Специально обсуждается форма заболевания (типичная, атипичная, степень тяжести заболевания), период болезни (например, период катаральный, период сыпи и т.д.).

При наличии сопутствующих заболеваний необходимо дать краткое обоснование каждому из них. Имеющиеся осложнения обосновываются отдельно, сопоставляются со сроками основного заболевания (ранние и поздние осложнения). Кроме того, указывают те заболевания, по поводу которых больной состоит на диспансерном учете у других специалистов.

В конце раздела дается точная формулировка диагноза основного заболевания, его осложнений и сопутствующих заболеваний в соответствии с требованиями МКБ – 10.

XVII. Дифференциальный диагноз.

В этом разделе необходимо показать умение дифференцировать основное заболевание с рядом сходных по клиническим признакам заболеваний: протекающее с сыпью (скарлатина, корь, краснуха, ветряная оспа, лекарственная болезнь), желтухой, кашлем, хрипами и т.д. Диффдиагностику проводить минимум с двумя заболеваниями, предпочтительнее давать основные признаки в виде таблицы.

XVIII. Этиология и патогенез основного заболевания и его осложнений.

В этом разделе на основании данных литературы, анамнеза больного, объективных данных представить патогенез развития заболевания и его осложнений, раскрыть патогенез основных симптомов болезни и осложнений у этого больного.

XIX. Обоснование лечения.

В первую очередь необходимо обосновать принципы терапии основного заболевания с учетом знания литературы; затем следует представить схему лечения и обосновать ее в соответствии с состоянием курируемого больного, периодом болезни, возрастом, ранее проведенным лечением, наличием осложнений и сопутствующих заболеваний.

При этом выделяются главные лечебные меры, требующие немедленного применения (например, антитоксическая сыворотка при дифтерии, инфузионная терапия при кишечном токсикозе и т.д.). Последовательно освещаются все методы лечения в порядке убывающей значимости.

Диета больного (описывается режим кормления и состав пищи). Определяется также режим ребенка (постельный, строгий покой и т.д.).

Медикаментозное лечение: обоснование, указание точной методики применения и дозировки с расчетом на возрастные нормы. Назначение гормональных препаратов, антибиотиков должно иметь указание о длительности их применения в данном конкретном случае.

XX. Профилактика основного заболевания и его осложнений.

Сначала освещаются принципы профилактики основного заболевания. Затем сведения литературы сопоставляются с конкретными условиями жизни больного, сопутствующими заболеваниями и осложнениями и представляется план профилактических мер в данном случае с учетом свойств возбудителя (если он известен).

XXI. Прогноз основного заболевания и рекомендации для родителей.

В этом разделе необходимо выделить прогноз основного заболевания, руководствуясь сведениями литературы, а затем представить прогноз и дать рекомендации по дальнейшему ведению больного в зависимости от тяжести заболевания в данном случае, стадии болезни, сопутствующих заболеваний и осложнений. Обосновать сроки выписки из стационара, возможность посещения детского коллектива, необходимость соблюдения диеты, ограничения физической нагрузки, отмены проведения профилактических прививок и т.д.

XXII. Эпикриз.

Кратко излагается содержание истории болезни с указанием основных этапов развития болезни, состояния больного, обоснования диагноза, применяемого лечения, эффекта от лечения и рекомендаций по дальнейшему ведению больного.

XXIII. Литература.

В конце работы представляется список литературы, использованный куратором при написании истории болезни (автор, название работы, год издания, стр.).

Дата

Подпись куратора

ТРЕБОВАНИЯ
к оформлению и ведению первичной медицинской документации
«Карта стационарного больного (ф. № 003/у)»

Общие требования к оформлению первичной медицинской документации.

- В первичной медицинской документации должно быть **«информационное добровольное согласие родителей на тот или иной вид медицинского вмешательства»**, где должен отражаться характер медицинского вмешательства, возможные осложнения и последствия:

а) согласие родителей больного **на обследование на ВИЧ-инфекцию** по клиническим показаниям;

б) согласие на **переливание крови** и ее компонентов с информированием о возможных осложнениях, включая инфицирование ВИЧ-инфекцией, вирусными парентеральными гепатитами, сифилисом и т.д.

Согласие родителей на любой вид медицинского вмешательства **подтверждается подписью родителей** в истории болезни. Врач информирует родителей больного о плане обследования и лечения применительно к утвержденным стандартам.

- **В случае отказа** больного от того или иного медицинского вмешательства, предусмотренного стандартом обследования и лечения, об этом должно быть **документальное подтверждение** в медицинской документации, подтвержденное подписями родителей больного, лечащего врача, завотделением и датой отказа.

- **Во вкладном листе** к истории болезни отражаются: данные страхового медицинского полиса, кодирование заболевания **МКБ-10** (шифруется основное заболевание и сопутствующие заболевания согласно выставленному диагнозу, код **КСГ**), кодирование проведенного **оперативного вмешательства** и его осложнений при их наличии, сведения **эпидемиологического анамнеза**, включая сведения о перенесенном ранее гепатите, обследовании на гепатиты «В» и «С», в случае поступления больных с гепатитами проводится маркировка медицинской документации: красный треугольник – при ОГВ; красный квадрат – ХГВ и «носитель Hbs-ag»; сведения об обследовании на сифилис и ВИЧ-инфекцию; сведения о проведенной санитарной обработке; о проведении осмотра на педикулез; отметки об ознакомлении больного с правилами внутреннего распорядка отделения с подписью больного, датой ознакомления и подписью должностного лица; отметки о росте, массе больного, данные уровня артериального давления, температуры тела при поступлении. В случае выявления **педикулеза** делается отметка о выявленном виде паразитов (вши или гниды), отметка о проведении санитарной обработки (конкретно чем) подтверждается подписью лица, проводившего обработку; сведения о наличии вещей, материальных ценностей, документов больного (в случае сдачи их на хранение на склад заполняется квитанция установленной формы в 3-х экземплярах, одна из которых должна вкладываться в историю болезни).

- **Для экстренных больных** обязательно указывается время осмотра врачом в приемном отделении и в отделении по профилю, при этом перед осмотром указывается Ф.И.О., специальность, научная степень, занимаемая должность осматривающего и четкие рекомендации.

- В случае поступления больного в **плановом** порядке **сведения об обследовании на догоспитальном** уровне должны быть перенесены в историю болезни **лечащим врачом отделения**. При отсутствии амбулаторной карты в момент поступления данные догоспитального обследования вносятся в историю болезни **лечащим врачом**;

Согласование назначений с завотделением проводится в следующих случаях:

1) при назначении пяти и более медикаментозных препаратов;

2) при назначении препаратов наркотического, психотропного действия и медикаментов, приравненных к ним;

3) анаболических гормонов;

4) дорогостоящих препаратов, стоимость на курс лечения которых превышает 4-х кратный минимальный размер оплаты труда.

- На основании врачебных назначений в истории болезни **медицинской сестрой заводится лист назначения, температурный лист, лист питания, процедурный лист**, где отражается весь

объем обследования, лечения, сведения об их выполнении (дата, время и подпись медсестры), данные динамического наблюдения за состоянием больного (АД, пульс, T°, диурез, вес) и т.д.

- В медицинской документации в обязательном порядке делается отметка о выполнении назначения медицинской сестрой в следующих случаях: наркотические, психотропные, сильнодействующие препараты и яды, биопрепараты и медикаменты, стоящие на предметно-количественном учете, причем выполнение назначения подтверждается подписями врача, завотделением.

- При назначении медикаментозных препаратов в обязательном порядке указывается наименование препарата, лекарственная форма, доза и кратность приема, а при его отмене – дата отмены.

- **Дневники** заполняются в зависимости от тяжести больных, но не реже чем 1 раз в 2 дня, на детей до 3-х лет дневники заполняются ежедневно. На больных, находящихся в тяжелом состоянии, под постоянным наблюдением, а также на новорожденных, дневники оформляются ежедневно, в том числе на послеоперационных больных в первые 3 дня. На больных, находящихся на интенсивной терапии, дневники оформляются в зависимости от состояния больного, но не реже чем через 6 часов. В дневниках указываются **динамика заболевания, эффективность проводимой терапии**, изменения в плане ведения больного, назначения и отмена диагностических процедур и лечения.

- Осмотр **завотделением** должен быть проведен в течение первых 3-х суток у плановых больных, а у **экстренных** больных – **в тот же день. Плановые обходы завотделением проводятся еженедельно.** После осмотра завотделением отражает в истории болезни свои рекомендации и замечания по ведению больного и медицинской документации.

- При необходимости **консультации** больного врачами других специальностей в медицинской документации лечащим врачом проводится **обоснование** этого и ставится цель консультаций (предварительный диагноз). В **диагностически неясных** случаях по согласованию с завотделением созывается **консилиум**, при этом в медицинской документации четко отражается цель **консилиума и его состав.**

- Перед оперативным лечением оформляется **предоперационный эпикриз**, где должны быть отражены показания к операции, условия, объем и вид предполагаемого оперативного вмешательства. В обязательном порядке проводится предоперационный **осмотр врача-анестезиолога** накануне операции, и должны быть отражены вид предполагаемой анестезии, риск анестезии, необходимая подготовка и согласие больного на данной вид анестезии. Состав операционной бригады утверждается подписью завотделением.

- Не реже 1 раза в 10 дней оформляются **этапные эпикризы**, где отражаются данные о длительности пребывания больного в стационаре, результаты проведенного обследования, эффективность проводимой терапии и дальнейший план ведения больного, а также решения КЭК при ее проведении.

- Назначение **трансфузии крови**, ее препаратов и коллоидных инфузионных средств должно быть обосновано. На все случаи инфузии данных препаратов заполняется лист учета трансфузий ф. № 005/у и протокол трансфузии, где указываются наименование препарата, доза, способ введения, завод-изготовитель, серия, номер флакона, Ф.И.О. донора, групповая и резус-принадлежность крови больного и донора, сведения о проведении предусмотренных проб, осложнения и реакция со стороны больного, показатели гемодинамики, температурная реакция, диурез в течение последующих 3-х часов, последующие назначения. Обязательно указывается время начала и конца трансфузии. В историю болезни необходимо клеивать документы, сопровождающие кровь, ее компоненты, таким образом, чтобы сохранить всю информацию. На следующий день после трансфузии делается общий анализ крови, общий анализ мочи.

- В случае необходимости ухода за больными **старше 7 лет** лист временной нетрудоспособности выдается **решением КЭК**, в истории болезни делается запись о госпитализации ухаживающего.

- В случае пребывания больного до 7 лет в стационаре **свыше 30 дней** лист временной нетрудоспособности по уходу продлевается **решением КЭК.**

- При **переводе из обычного стационара в дневной стационар** больничным лист по уходу оформляется при закрытии первой истории болезни, **больничный лист** остается открытым, закрывается в момент выписки больного из дневного стационара.

- В случае **пребывания** больного в стационаре свыше предусмотренного **стандартами** срока вопрос о необходимости и возможности дальнейшего стационарного лечения принимается решением КЭК.

- **При переводе** больного из отделения в отделение по поводу заболевания с другой нозологией, имеющей другое причинно-следственное происхождение, другой подход к лечению, **заводится новая история** болезни.

- В меддокументации каждые 7 дней проводится отметка о проведении гигиенических процедур (смена белья, ванна или гигиенический душ, осмотр на педикулез) с указанием даты и Ф.И.О. медсестры, проводившей осмотр, и ее подписью.

- В случае выявления инфекционных и паразитарных заболеваний, подлежащих учету, данные о передаче сведений в территориальный центр санэпиднадзора заносятся в историю, с указанием Ф.И.О. лица, передавшего и принявшего данные сведения.

- При переводе больного в другое отделение, включая перевод из отделения интенсивной терапии и реанимации, в обязательном порядке оформляется **переводной эпикриз**, где отражается объем проведенного обследования, лечения, эффективность проведенной терапии и рекомендации по дальнейшему ведению больного.

- При оформлении истории к выписке проводится **оценка уровня качества лечения** и заполняется специальный бланк. **Контроль качества лечения и оформления медицинской документации проводит завотделением.** Кроме того, завотделением оформляет карту экспертной оценки истории болезни на случаи летальных исходов, с гнойно-септическими осложнениями, при удлинении или укорочении сроков лечения, предусмотренных стандартом, при повторной госпитализации по поводу данного заболевания.

- Любая **медикаментозная терапия** должна быть четко **обоснована**.

- В случае **отказа** от госпитализации на больного заводится **амбулаторная карта**, на руки выдается медицинское заключение с четко и грамотно поставленным диагнозом и подробными рекомендациями по поводу дальнейшего лечения и наблюдения.

- **На экстренного больного**, требующего наблюдения, дополнительного инструментального, лабораторного обследования с целью установления диагноза или проведения лечебных манипуляций, возможных в условия приемного отделения и **не требующих длительной госпитализации**, заводится **история болезни диагностическая**;

- У больного, поступающего с подозрением на **острое хирургическое заболевание**, в течение одного часа диагноз должен быть снят, или больной госпитализируется.

**ТРЕБОВАНИЯ,
предъявляемые к оформлению истории болезни
на кафедре педиатрии**

1. История должна быть написана на печатных листах, оформлена в скоросшивателе (допускается машинопись и компьютерная печать). На титульном листе указывается название вуза, факультета, кафедры (вверху по средней линии, а также, в нижнем правом углу – фамилия зав. кафедрой педиатрии, преподавателя, курирующего студента, № группы).

2. Паспортная часть заполняется студентом со слов родителей (матери). При отсутствии возможности получения этих данных студентом преподаватель может предоставить их и по материалам клинической истории болезни.

3. История болезни заполняется курируемым студентом подробно по всем пунктам схемы истории болезни.

4. Жалобы больного (или со слов матери), а также данные объективного осмотра заполняются на день курации.

5. Предварительный диагноз обосновывается на данных анамнеза, жалоб, объективного осмотра (кратко указываются лишь те данные, на основании которых ставится диагноз).

6. Для подтверждения предварительного диагноза составляется план проведения лабораторных и инструментальных исследований. Результаты обследования диктуются преподавателем по материалам клинической истории болезни. Студент вносит в историю болезни те результаты анализов, которые имеют патологическое отклонение, интерпретируя их.

7. Для оценки течения заболевания студент записывает 3-4 дневника. В дневниках отражается динамика общего состояния и отдельных симптомов заболевания (улучшение состояния: уменьшение хрипов, и т. д.), в дневниках ежедневно фиксируются также пульс, температура тела, частота дыхания, АД. В конце дневника – обязательная интерпретация полученных результатов обследования и обоснование коррекции терапии.

8. Дифференциальная диагностика проводится с 3-4-мя заболеваниями, сходными по клиническим признакам. При описании каждого из них указывают сходные и отличительные симптомы, а также характерные критерии лабораторной и инструментальной диагностики.

9. Обоснование клинического диагноза проводят на основании жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра, результатов лабораторных и дополнительных методов обследования, динамики течения заболевания, эпиданамнеза. Указываются лишь те данные, которые подтверждают диагноз. Основной диагноз обосновывается подробно с указанием возможной схемы патогенеза заболевания у данного больного. Специально обсуждается форма заболевания, период болезни. При наличии сопутствующих заболеваний, дается краткое обоснование каждому из них. Осложнения обосновываются отдельно. Клинический диагноз ставится строго по классификации в развернутом виде: основной диагноз, его осложнения, сопутствующий диагноз.

10. Этиопатогенез заболевания у данного больного (используя современный литературный материал).

11. Лечение (интерпретация назначений, план лечения по аналогии с историей болезни, подробно).

12. История болезни заканчивается этапным или выписным эпикризом.

13. История болезни должна быть представлена преподавателю на 10-11-й день занятий. Защита истории болезни (на 13-й день занятий) предусматривает собеседование с преподавателем по всем вопросам, касающимся данной патологии и особенностей течения ее у данного больного.

**ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО
ПО А.И. КУСЕЛЬМАНУ (баллы)**

Дыхание:	Цвет кожи:	Температура:	Игровая активность:	Уровень сознания:
- нет одышки – 2 - незначительная одышка – 1 - одышка с участием вспомогательной мускулатуры – 0	- норма – 2 - бледность, гиперемия – 1 - цианоз, мраморность – 0	- 36,3-38,3 – 2 - 38,4-40,0 – 1 - <36,3; >40,0 – 0	- норма – 2 - снижена – 1 - отказ от игры – 0	- норма – 2 - заторможен, возбужден – 1 - ступор, кома – 0

Оценка результата:

10 – здоров; **8-9** – средней тяжести; **7-5** – тяжелое; **3-4** – очень тяжелое; **3-2** – крайне тяжелое; **1-0** – агонирующее

