

# **ІСТОРІЯ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ХВОРОЇ**

*Робочий зошит  
для самостійної позааудиторної роботи  
здобувачів вищої освіти  
з дисципліни «Акушерство та гінекологія»*

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

# **ІСТОРІЯ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ХВОРОЇ**

*Робочий зошит  
для самостійної позааудиторної роботи  
здобувачів вищої освіти  
з дисципліни «Акушерство та гінекологія»*

Затверджено  
Вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 4 від 20.04.2023.

**Харків  
ХНМУ  
2023**

Історія гінекологічної хвороби : робочий зошит для самостійної позааудиторної роботи здобувачів вищої освіти з дисципліни «Акушерство та гінекологія» / упоряд. В. В. Лазуренко, О. А. Лященко, Р. А. Сафонов, О. М. Тіщенко. Харків : ХНМУ, 2023. 12 с.

Упорядники            В. В. Лазуренко  
                                  О. А. Лященко  
                                  Р. А. Сафонов  
                                  О. М. Тіщенко

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b> Форма первинної облікової документації № 003/о <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України № _____
<b>МЕДИЧНА КАРТА СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО № _____</b>	
<b>Госпіталізація</b> дата _____ (число, місяць, рік) _____ (годин, хвилин)	Відділення _____ палата _____ Переводи _____ Відділення _____ Дата _____ Час _____
<b>Виписка (смерть)</b>	в поточному році з приводу даної хвороби госпіталізований <input type="radio"/> вперше <input type="radio"/> повторно
Проведено ліжко-днів _____ Група крові _____	Ресурс-приналежність _____ RW _____ Віл-інфекція _____ (число, місяць, рік) (число, місяць, рік)
Підвищена чутливість або непереносимість препарату _____ (найменування препарату, характер побічної дії)	
1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____ 2. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 <input type="checkbox"/> 3. Вік _____ (число, місяць, рік)	
(повних років, для дітей: до 1-го року – місяців; до 1-го місяця – днів) 4. Постійне місце проживання: місто – 1, село – 2 <input type="checkbox"/> _____ (зазначити адресу: область, район, населений пункт, номер телефону; для приїжджих – місце проживання родичів)	
5. Місце роботи, спеціальність або посада _____ (для учнів, студентів – місце навчання; для дітей – найменування дитячого закладу, школи; для інвалідів – вид і група інвалідності, ІВВ – так, ні (підкреслити))	
6. Ким направлений хворий _____ (найменування закладу охорони здоров'я)	
7. Госпіталізований(а) в стаціонар: за терміновими показаннями – 1, через _____ годин після початку захворювання, одержання травми; в плановому порядку – 2 <input type="checkbox"/>	
8. Діагноз закладу охорони здоров'я, який направив хворого: _____	
9. Діагноз при госпіталізації: _____	
10. Діагноз клінічний: _____	
Дата встановлення: _____ Лікар _____ (прізвище, підпис)	
11. Діагноз заключний клінічний: _____	
а) основний _____	
Код за МКХ-10 _____	

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. в гінекологічне відділення. госпіталізована (планово / ургентно) за направленням

Хвора \_\_\_\_\_ Рік народження \_\_\_\_\_

З діагнозом \_\_\_\_\_

Скарги на \_\_\_\_\_

Anamnesis morbi: вважає себе хворою з \_\_\_\_\_

Менструальна функція: менструації з \_\_\_\_\_ років; встановилися відразу (так / ні), через \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ днів ,  
через \_\_\_\_\_ днів; не / регулярні , не / болючі, не / значні, мізерні.

Характер менструацій змінився (так / ні): після шлюбу, пологів, початку статевих відносин \_\_\_\_\_

Порушення менструального циклу: (так / ні) \_\_\_\_\_

Остання менструація: з "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. по "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. Менопауза (так / ні) \_\_\_\_\_

Репродуктивна функція: Статеве життя з \_\_\_\_\_ років. Особливості статевого життя \_\_\_\_\_

Контрацепція (так / ні) \_\_\_\_\_ Вагітностей \_\_\_\_\_ з них: Пологів "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_

Аборти "\_\_\_\_\_" Самовільні "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_

Штучні \_\_\_\_\_

Ускладнення після абортів (так / ні) \_\_\_\_\_

Гінекологічні захворювання: (так / ні) \_\_\_\_\_

Гінекологічні операції: (так / ні) \_\_\_\_\_

Anamnesis vitae: з перенесених захворювань відмічас \_\_\_\_\_

Пневмонії \_\_\_\_\_, Тбс \_\_\_\_\_, Гепатит А/В \_\_\_\_\_, Lues \_\_\_\_\_, Діабет \_\_\_\_\_

Травми , операції (так / ні) \_\_\_\_\_

Алергічні реакції : (так / ні) \_\_\_\_\_

Спадковий анамнез : не/ обтяжений \_\_\_\_\_

Шкідливі звички : (так / ні) \_\_\_\_\_ Професійні шкідливості: (так / ні) \_\_\_\_\_

Status praesens: загальний стан: задовільний; сер. ступеня тяжкості; тяжкий \_\_\_\_\_

Свідомість (не / порушена) \_\_\_\_\_ Тілобудова: нормостенік; гіперстенік; астенік;

Положення (активна / змушене) \_\_\_\_\_

Периферичні лімфовузли (не збільшені ; збільшені) \_\_\_\_\_

Шкіра та слизові: звичайного кольору; бліді \_\_\_\_\_

Чисті / є висипання \_\_\_\_\_ n/o рубці: є / немає \_\_\_\_\_

Язик: вологий/сухий; чистий/обкладений \_\_\_\_\_

Молочні залози: \_\_\_\_\_

Легені: дихання везикулярне; хрипи немає / є \_\_\_\_\_

Серце: аускультативно тони: ясні / приглушені; ритмічні / аритмічні; АТ \_\_\_\_\_ мм рт. ст. ЧСС \_\_\_\_\_ за 1 хв. ; Т \_\_\_\_\_

Пульс: \_\_\_\_\_ за 1 хв задовільної якості (так / ні) \_\_\_\_\_

Живіт: збільшений / не збільшений \_\_\_\_\_

бере / не бере участі в акті дихання; м'який / напружений \_\_\_\_\_

не здутий / здутий; не болючий / болючий \_\_\_\_\_

Перистальтика кишечника: активна / сповільнена / відсутня \_\_\_\_\_

Симптоми подразнення очеревини: негативні / позитивні \_\_\_\_\_

Печінка, селезінка: не збільшені / збільшені \_\_\_\_\_

Симптом Пастернацького: негативний / позитивний \_\_\_\_\_

Варикозне розширення вен: немає / є \_\_\_\_\_

Випорожнення \_\_\_\_\_ Сечовипускання \_\_\_\_\_

Status gynaecologicus. Зовнішні статеві органи розвинені правильно/не правильно \_\_\_\_\_

Оволосіння за жіночим/чоловічим типом; гірсутизм; гіпертрихоз. Вхід у піхву: вільний / утруднений \_\_\_\_\_

Піхва: ємна / вузька \_\_\_\_\_

Слизова піхви: без особливостей, гіперемована \_\_\_\_\_

Опуцнення: немає / є: стінок піхви / шийки матки / матки. Повне випадання матки: немає / є. \_\_\_\_\_

Шийка матки: циліндричної / конічної форми; деформована \_\_\_\_\_

Елонгація шийки матки: немає / є \_\_\_\_\_

Епітелій шийки матки: не змінений / змінений; ерозія розміром \_\_\_\_\_

Зовнішній зіг: точковий / щілиноподібний; закритий / пропускає \_\_\_\_\_

Виділення з цервікального каналу: немає / є \_\_\_\_\_

Тіло матки: в ante / retro / flexio; займає середнє положення (так / ні); dextra / sinistro / positi o; не збільшене / збільшене до \_\_\_\_\_ тижнів;

з рівною / не рівною / горбистою поверхнею; болюче / не болюче ; консистенція: нормальна / розм'якшена / ущільнена; рухоме / обмежене в рухах /

не рухоме \_\_\_\_\_

Придатки зліва \_\_\_\_\_

Придатки справа \_\_\_\_\_

Склепіння: не нависають / нависають \_\_\_\_\_

Виділення з піхви \_\_\_\_\_

Діагноз

ПЛАН ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ:







## Передопераційний епікриз

ПІБ:

; дата народження:

Іст. хв. №

До відділення гінекології госпіталізована: планово / ургентно, за ел. направленням для оперативного / консервативного лікування / дообстеження

**Клінічний діагноз:**

---

---

---

Враховуючи скарги хворої, анамнез та клініку захворювання, дані гінекологічного обстеження, повного клініко-лабораторного обстеження

**Рекомендовано:** оперативне лікування (ургентно / планово);

**Показання до оперативного лікування:**

- 1.
- 2.
- 3.

**Протипоказань до оперативного втручання немає / є.**

**Об'єм оперативного лікування:**

---

---

**Запланований вид анестезіологічного забезпечення:**

спінальна анестезія / внутрішньовенний наркоз / ендотрахеальний наркоз + ШВЛ.

**Група крові:**

**Резус фактор:**

Хвора з передбачуваним об'ємом оперативного лікування і видом анестезіологічного забезпечення ознайомлена і дала згоду.

Підпис хворої

Дата                      р.

Протокол операції №

Дата операції:

П.І.Б.

Іст. хвор. №

Діагноз:

Хірурги:

Операційна

Анестезіолог:

сестра:

Початок операції:

Закінчення операції:

Тривалість:

год.

хв

Назва операції:

Макропрепарат:

Післяопераційний  
діагноз:



## ВИПИСНИЙ ЕПІКРИЗ

Пацієнтка, \_\_\_\_\_, року народження, надійшла планово / ургентно, звернулась самостійно, госпіталізована ургентно або планово

Анамнез, діагностичні дослідження, перебіг хвороби, проведене лікування, стан при направленні, при виписці.

Скарги:

Anamnesis morbi: **звернулась самостійно, госпіталізована ургентно або планово**

Anamnesis vitae:

Тbc: \_\_\_\_\_, Гепатит: \_\_\_\_\_, Операції: \_\_\_\_\_

Алергія:

Інші захворювання:

Шкідливі звички:

Спадковість не обтяжена.

Дата: \_\_\_\_\_ проведена операція:

Група крові: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

HbsAg від \_\_\_\_\_, результат: \_\_\_\_\_

HCV від \_\_\_\_\_, результат: \_\_\_\_\_

RW від \_\_\_\_\_, результат: \_\_\_\_\_

Кл. ан. крові від \_\_\_\_\_ . Нв – \_\_\_\_\_ г/л, ер. – \_\_\_\_\_  $\times 10^{12}/л$ , лейкоц. – \_\_\_\_\_  $\times 10^9/л$ ; КП – \_\_\_\_\_ ; тр. – \_\_\_\_\_  $\times 10^9/л$ ; ШОЕ – \_\_\_\_\_ мм/год;

Гранулоцити: \_\_\_\_\_ ; Л – \_\_\_\_\_ %; М – \_\_\_\_\_ %; Нt – \_\_\_\_\_ %.

Біохімічний аналіз крові

Дата: \_\_\_\_\_ : загальний білок – \_\_\_\_\_ г/л; Сечовина: \_\_\_\_\_ ммоль/л; Креатинін: \_\_\_\_\_ мкмоль/л; Глюкоза: \_\_\_\_\_ млмоль/л.

Коагулограма

Дата \_\_\_\_\_ МНО: \_\_\_\_\_ ; Протромбіновий індекс – \_\_\_\_\_ ; Протромбіновий час: \_\_\_\_\_ ; Фібриноген плазми – \_\_\_\_\_ г/л.

Клінічний аналіз сечі

Дата \_\_\_\_\_ . колір: \_\_\_\_\_ , ерит: \_\_\_\_\_ , лейкоц: \_\_\_\_\_ ; пит. вага: \_\_\_\_\_ , рН: \_\_\_\_\_ .

УЗД ОМТ від \_\_\_\_\_ , висновок: \_\_\_\_\_

У відділенні проведена медикаментозна терапія

Лікувальні і трудові рекомендації:

1. Спостереження в жіночій консультації за місцем проживання.
2. З'явитись за результатами гістологічного дослідження через 1 міс.
3. Повторний клінічний аналіз крові через 10 днів.
4. Зняти шви з п/о ран на 6-ту добу післяопераційного періоду за місцем проживання.

Претензій до медичного персоналу не має.

Підпис пацієнта \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Лікуючий лікар \_\_\_\_\_

*Навчальне видання*

# **ІСТОРІЯ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ХВОРОЇ**

***Робочий зошит  
для самостійної позааудиторної роботи  
здобувачів вищої освіти  
з дисципліни «Акушерство та гінекологія»***

Упорядники    Лазуренко Вікторія Валентинівна  
                      Лященко Ольга Анатоліївна  
                      Сафонов Роман Анатолійович  
                      Тіщенко Олександра Миколаївна

Відповідальний за випуск    В. В. Лазуренко



Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,5. Зам. № 22-34291.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.