МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ`Я УКРАЇНИ

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ № 1,

ОСНОВ БІОЕТИКИ ТА БІОБЕЗПЕКИ

Т.В. Ащеулова, Н.М. Герасимчук

**ПРАКТИКУМ**

**СХЕМА ІСТОРІЇ ХВОРОБИ**

Методичні вказівки для студентів III курсу медичних факультетів

 Студента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 групи \_\_\_\_\_ курса \_\_\_\_\_\_ факультету\_\_\_\_

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

Харків

Затверджено вченою радою ХНМУ

Протокол № від 21.03.2017

Т.В.Ащеулова, Н.М.Герасимчук . «Схема історії хвороби» в курсі пропедевтики внутрішньої медицини. Методичні вказівки для студентів III курсу – медичних факультетів.- Харків, 2018.

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса)

 закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

Код ЄДРПОУ

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації

№ 003/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

від 14.02.2012 р. № 110

(У редакції наказу МОЗ України

від 21.01.2016 р. № 29)

**МЕДИЧНА КАРТА СТАЦОНАРНОГО ХВОРОГО № \_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |

1. Дата госпіталізації 2. Стать: чоловіча –1; жіноча – 2

*(хвилини)*

(*година*)

*(число, місяць, рік)*

3. Прізвище, ім'я, по батькові хворого

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

4. Дата народження 5. Вік

*число, місяць, рік*

*(кількість повних років, для дітей: до 1-го року – місяців; до 1-го місяця – днів*

6. Документ, що посвідчує особу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.1. Номер документа, що посвідчує особу 6.2. Громадянство

 *(код країни)*

|  |
| --- |
|  |

7. Постійне місце проживання / перебування: місто – 1; село – 2

 *(область, район, населений пункт)*

 7.1. Поштовий індекс

 *(вулиця, будинок, квартира)*

8. Місце роботи, посада

 *(для дітей, учнів, студентів – найменування навчального закладу, пільгова категорія; для інвалідів – вид і група інвалідності)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

 9. Ким направлений хворий

 *(найменування закладу охорони здоров'я) (код за ЄДРПОУ)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

10. Діагноз при госпіталізації

 *(код за МКХ-10)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

11. Відділення при госпіталізації 12. Відділення при виписці

 *(код) (код)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

13. Госпіталізація: ургентна – 1; планова – 2 14. Обстеження на ВІЛ-інфекцію

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

15. Група крові\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 16. Резус-приналежність \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 17. Реакція Васермана

 *(число, місяць, рік)*

18. Алергічні реакції, гіперчутливість чи непереносимість лікарського засобу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(назва лікарського засобу, характер побічної дії)*

19. Клінічний діагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20. Госпіталізація з приводу цього захворювання в цьому році: вперше – 1; повторно – 2

20.1. Повторна госпіталізація з приводу цього захворювання до 30 днів: так – 1; ні – 2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |   |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |   |

21. Дата виписки/смерті 21.1Проведено ліжко-днів \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(число, місяць, рік) (година)*

22. Діагноз заключний клінічний (у випадку травми – вказати її вид: виробнича – 1; невиробнича – 2

|  |  |
| --- | --- |
| Назва діагнозу | Код за МКХ-10 |
| Основний |  |  |  |  |  |  |  |
| □ |  |  |  |  |  |  |  |
| **□** |  |  |  |  |  |  |  |
| □ |  |  |  |  |  |  |  |
| □ |  |  |  |  |  |  |  |
| □ |  |  |  |  |  |  |  |
| □ |  |  |  |  |  |  |  |
| □ |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

Додаткові діагнози: ускладнення основного діагнозу – 1; супутнє захворювання – 2

|  |
| --- |
|  |

22.1. Категорія резистентності: відсутня – 1; чутливий ТБ – 2; монорезистентний ТБ – 3; полірезистентний ТБ – 4; мультирезистентний ТБ – 5; туберкульоз із розширеною резистентністю – 6.

22.2. П.І.Б. лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ підпис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ реєстраційний номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

Дата

 *(число, місяць, рік)*

23. Медичні процедури та хірургічні операції

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата (число, місяць, рік) | Час (години, хвилини) | Код процедури/ хірургічної операції | Назва процедури/ хірургічної операції | Суміжний спеціаліст (прізвище, ім'я, по батькові, реєстраційний номер) | Вид анестезії\* (реєстраційний номер лікаря-анестезіолога) | Ускладнення (код згідно з МКХ-10) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

*\* Відсутня – 1; місцева – 2; загальна – 3; інша – 4.*

24. Інші види лікування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(зазначити які)*

для хворих на злоякісні новоутворення:

|  |
| --- |
|  |

1) Спеціальне лікування: хірургічне, променеве (дистанційна гамма-терапія, рентгенотерапія, швидкі електрони, контактна і дистанційна гамма-терапія, контактна гамма-терапія і глибока рентгенотерапія); комбіноване (хірургічне і гамма-терапія, хірургічне і рентгенотерапія, хірургічне і комбіноване лікування); хімічними засобами; гормональними засобами.

2) паліативне лікування

3) симптоматичне лікування.

25. Відмітки щодо видачі листків непрацездатності

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

26. Працездатність: відновлена повністю – 1; знижена – 2; тимчасово втрачена – 3;

стійко втрачена – 4 (у зв’язку із захворюванням, з інших причин – підкреслити)

27. Висновок для тих, хто поступає на експертизу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

28. Результат лікування: виписаний(а) з: одужанням –1; поліпшенням –2; погіршенням – 3; без змін – 4; помер(ла) – 5; переведений(а) до іншого закладу охорони здоров’я – 6; здоровий(а) – 7

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

29. Спеціальні відмітки

 онкологічний профілактичний огляд

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

 *(число, місяць, рік)*

 обстеження органів грудної порожнини

 *(число, місяць, рік)*

30. Застрахований(а): так (1); ні (2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

31. П.І.Б. лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ підпис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ реєстраційний номер \_\_\_\_\_\_\_\_

32. П.І.Б. завідувача

відділення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ підпис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ реєстраційний номер \_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАПИС ЛІКАРЯ ПРИЙМАЛЬНОГО ВІДДІЛЕННЯ**

33. Скарги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

34. Анамнез хвороби:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

35. Анамнез життя: ТБЗ, вірусні гепатити, венеричні захворювання, цукровий діабет заперечує.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Страховий анамнез: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Алергічні реакції (не відмічає) на |  |  |  |  |  |  |
| Шкідливі звички: палить, вживає алкоголь |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Направлений дільничним лікарем, доставлений МШД, надана допомога бригадою ШМД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**36. Об’єктивний статус**: стан – задовільний, середньої тяжкості, важкий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Свідомість: ясна, затьмарена, ступор, сопор, кома

Положення хворого: активне, пасивне, вимушене \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Шкірні покриви: чисті, блідо-рожеві, іктеричні, субіктеричні, ціаноз губ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Видимі слизові: чисті, блідо-рожеві, ціанотичні, акроціаноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тілобудова: гіпостенік, нормостенік, гіперстенік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Периферичні лімфовузли не пальпуються, пальпуються \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кістково-суглобна і м’язова системи: без особливостей:

Pulmo:огляд - грудна клітка правильної форми, діжко подібна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ симетричність \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тип дихання\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ участь у акті дихання\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ частота\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_за хв.., глубина\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ритм дихання\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пальпаторно: грудна клітина еластична, резистентна, безболісна, болісна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

голосове тремтіння\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Перкуторно: ясний легеневий звук, коробочний, вкорочення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Аускультативно дихання: везикулярне, з жорстким відтінком, жорстке, послаблене \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Хрипи: сухі, вологі, (грубо-, середньо-, дрібнопухирчасті), крепитація \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cor огляд:верхівковий поштовх\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серцевий поштовх\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

патологічні пульсації\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пальпаторно верхівковий поштовх\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Перкуторно: межа відн. серцевої тупості – N, права в IV м/р + \_\_\_\_\_\_ \_\_см, верхня в III м/р+\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_см, ліва в V м/р + \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_см., конфігурація Cor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тони - ясні, приглушені. Ритм: синусовий, миготлива аритмія, екстрасистолія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ за хв.

Шуми – систолічний, діастолічний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Акцент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тона на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пульс симетричний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ритмічний\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_частота PS за хв.,задовільного наповнення і напруги \_\_\_\_\_\_ PS =ЧСС=\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дефіцит PS, АТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мм.рт.ст.

Язик чистий, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Шлунковокішечний тракт огляд: живіт правильної форми \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

приймає участь у акті дихання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, збільшений в об’ємі із-за\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Пальпаторно м’який, напружений, безболісний, болісний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Методична глибока ковзна пальпация за методом Образцова-Стражеско:сигмовидна кишка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

сліпа кишка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, висхідна і низхідна частики ободової кишки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, поперечно-ободової кишки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Печінка не пальпується, біля краю реберної дуги, виступає з-під краю реберної дуги на \_\_\_\_\_\_\_\_ см, її край рівний, горбчатий, закруглений, загострений, безболісний, чутливий, болісний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

перкусія печінки по Курлову\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, селезінка - N, збільшена\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Симптом Пастернацького негативний, позитивний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Сечовиділення - N , прискорено, утруднено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, добовий діурез\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Випорожнення - N, кількість у день\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, оформлені, неоформлені, запах\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, коляр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, присутність патологічних домішків\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Набряки – немає, пастозність, виражені (стопи, голені, стегон, обличчя, анасарка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

37. Огляд на коросту: так – 1; ні – 2

|  |
| --- |
|  |

38. Огляд на педикульоз: так – 1; ні – 2

**Попередній діагноз: (на підставі скарг, анамнезу хвороби, анамнезу життя, об´єктивного статусу)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Обстеження:** Клін. ан. крові, кл. ан. сечі, кал на я/г, глюкоза крові, сечі.

Клін. ан. мокроти (одноразов, 2-, 3-разово), аналіз мокроти БТ (3-разово). Чутливість до А/Б

Біохімія: АлТ, АсТ, Білірубін (загальн., прям., непрям.). Тимолова проба, Амілаза, ЛФ, загальний білок, білкові фракції, А/Г коефіцієнт, сечовина, сечова кислота, креатинін, серомукоїд, СРБ, сіалові кислоти, К, Na, сироваточне залізо.

Ліпідний спектр: загальний холестерин, ліпідні фракції, β-ліпопротеїди, тригліцериди, коеф. атегоренності.

Коагулограмма: протромбіновий індекс, протромбіновий час, фібриноген.

Ан. сечі за Зимницьким, Нечипоренко.

Rö-графія (ОГК, ШКТ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ЕКГ, УЗД (серця, ОБП) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Консультації \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**39. Результати обстежень (лабораторні, ультразвукові, рентгенологічні, функціональна діагностика тощо)**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**40. ЛИСТОК ОГЛЯДУ ТА КОНСУЛЬТАЦІЙ СПЕЦІАЛІСТАМИ**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Клінічний діагноз :** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Лікування: Режим \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стіл \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Медична карта стаціонарного хворого № \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(прізвище, ім’я, по батькові хворого)*

**41. ЕПІКРИЗ (перевідний, виписний, посмертний)** (*підкреслити*)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Данні обстеження:

42. Загальний аналіз крові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

43. Загальний аналіз сечі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

44. Печінкові проби \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

45. Копрограма \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

46. Аналіз крові на глюкозу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

47. Аналіз крові на амілазу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

48. Аналіз сечі на глюкозу (з добової кількості) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

49. Аналіз сечі на діастазу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |
|  |

**50. Діагноз заключний клінічний**

|  |  |
| --- | --- |
| Назва діагнозу | Код за МКХ-10 |
| Основний |  |  |  |  |  |  |  |
| □ |  |  |  |  |  |  |  |
| □ |  |  |  |  |  |  |  |
| □ |  |  |  |  |  |  |  |
| □ |  |  |  |  |  |  |  |
| □ |  |  |  |  |  |  |  |
| □ |  |  |  |  |  |  |  |
| □ |  |  |  |  |  |  |  |

Додаткові діагнози: ускладнення основного діагнозу – 1; супутнє захворювання – 2

|  |
| --- |
|  |

Категорія резистентності: відсутня – 1; чутливий ТБ – 2; монорезистентний ТБ – 3; полірезистентний ТБ – 4; мультирезистентний ТБ – 5; туберкульоз із розширеною резистентністю – 6.

51. Медичне лікування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

52. Лікувальні рекомендації та режим хворого \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

53. Результат медичного лікування:

вписаний(а) з: одужанням – 1; поліпшенням – 2; погіршенням – 3; без змін – 4; помер(ла) – 5

переведений(а) до іншого закладу охорони здоров’я – 6; здоровий(а) – 7

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

53.1. П.І.Б. лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ підпис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ реєстраційний номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

53.2. П.І.Б. завідувача

відділення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ підпис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ реєстраційний номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |   |  |  |  |  |

Дата заповнення

 *(число, місяць, рік)*

**Виписка з протоколу (карти) патологоанатомічного обстеження № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

54. Найменування закладу охорони здоров’я, який склав протокол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |   |  |  |  |  |

55. Дата розтину

 *(число, місяць, рік)*

**Патологоанатомічний діагноз**

56. Основний (код за МКХ-10) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

57. Ускладнення основного (код за МКХ-10) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

58. Супутні захворювання (код за МКХ-10) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

59. Збіг клінічного і патологоанатомічного діагнозів:

повний збіг діагнозів – 0;

розбіжність діагнозів: основного – 1; супутнього – 2; ускладнень – 3; повна розбіжність – 4

60. Причини розбіжності:

об’єктивні труднощі діагностики – 1; короткочасне перебування в закладі охорони здоров’я – 2;

недообстеження хворого – 3; переоцінка даних обстеження – 4; рідкісне захворювання – 5

неправильне оформлення діагнозу – 6.

61. Причина смерті (з пункту 11 лікарського свідоцтва про смерть № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Код за МКХ-10

І. а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(безпосередня причина смерті)*

б) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

приблизний час між початком захворювання і смертю

 (б, в, г – захворювання та патологічні стани, що зумовили безпосередню причину смерті; основна причину смерті вказується в останню чергу)

ІІ. Інші суттєві стани (конкуруючі, поєднані, фонові (підкреслити)), які сприяли смерті, але не пов’язані із захворюванням чи його ускладненням, яке безпосередньо є причиною смерті:

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

У разі смерті жінок під час вагітності або після пологів у період до одного року зазначити тиждень вагітності \_\_\_\_\_\_\_\_\_, день післяпологового періоду \_\_\_\_\_\_\_\_

Тиждень після пологів \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

62. П.І.Б. лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ підпис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ реєстраційний номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

63. П.І.Б. завідувача

відділення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ підпис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ реєстраційний номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Навчальне видання

Т.В. Ащеулова, Н.М.Герасимчук

*Методичні вказівки*

**ПРАКТИКУМ**

**СХЕМА ІСТОРІЇ ХВОРОБИ**

Відповідальний за випуск: Ащеулова Т.В.

Редактор

Коректор

Комп`ютерная верстка

План

Формат А4. Ризографія. Ум. друк. л.

Тираж 300 єкз. Зам.№

Редакційно-видавничий відділ ХНМУ, просп.Науки, 4, м, Харків , 61022

Додаток до медичної карти № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ІНФОРМОВАНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА**

**НА ПРОВЕДЕННЯ ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ**

Я р.н. поступив до терапевтичного відділення лікувального закладу

Мені встановлено попередній (клінічний діагноз) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Мені пояснено стан мого здоров’я, прогноз розвитку захворювання, можливі ускладнення, ймовірний перебіг захворювання при відмовленні від лікування, а саме:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Передбачуваним лікувальним ефектом є \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мені зрозуміло, що організм кожної людини є унікальним і лікар не може гарантувати настання передбачуваного лікувального ефекту. Діями, які необхідно вчинити (від яких необхідно утриматися) пацієнту для досягнення (збереження) максимального лікувального ефекту є: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Мені запропонований план обстеження і лікування відповідно до стандартів обстеження та надання медичної допомоги, дані повні роз’яснення про характер, ціль і тривалість, можливих несприятливих ефектах діагностичних процедур, а також у тім, що я маю робити під час їх проведення.

Я отримав(ла) повну і доступну інформацію про особливості перебігу захворювання, ймовірну тривалість лікування, про ймовірний прогноз захворювання, призначені обстеження, лікування, ***та даю добровільну згоду на їх проведення***. Мені роз’яснено, що з метою уточнення діагнозу може виникнути необхідність призначення додаткових досліджень, або зміни у плані лікування, про що лікуючий лікар (завідувач відділення) буде надавати своєчасну інформацію.

Я сповіщений про необхідність дотримуватися режиму у ході лікування, регулярно приймати призначені препарати, негайно повідомляти лікарю про будь-яке погіршення самопочуття погоджувати з лікарем прийом будь-яких не прописаних препаратів (наприклад, для лікування застуди, грипу, головного болю і т.п.)

Я зобов’язуюсь виконувати усі призначені рекомендації лікаря, які будуть відображені ним у відповідній медичній документації та додержуватися вимог режиму лікувального закладу.

Я одержав(ла) інформацію про альтернативні методи лікування.

Я мав(ла) можливість задати будь-які питання, що мене цікавлять стосовно стану мого здоров’я захворювання, обстеження і лікування й одержав на них відповіді, які мене цілком задовольняють.

Пацієнт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(підпис, П.І.Б) (підпис, П.І.Б)*

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ р.

№ карти П.І.Б хворого, № палати

**ЛИСТОК ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Призначення | Виконав | Відмітки про призначення та виконання |
| Дата |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Режим  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дієта |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Лікар  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Лікар  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Лікар  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Лікар  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Лікар  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Лікар  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Лікар  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Лікар  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Лікар  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Лікар  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Лікар  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Лікар  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Лікар  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Лікар  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Підписи | Лікар |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |