

Р. Н. МАНКЕВИЧ, И. Н. ЛАСТОВКА, А. А. АСТАПОВ

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА
И НАПИСАНИЯ УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
«МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО
ПАЦИЕНТА» ПО ДЕТСКИМ ИНФЕКЦИОННЫМ
БОЛЕЗНЯМ**

Минск БГМУ 2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Р. Н. Манкевич, И. Н. Ластовка, А. А. Астапов

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА
И НАПИСАНИЯ УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
«МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО
ПАЦИЕНТА» ПО ДЕТСКИМ ИНФЕКЦИОННЫМ
БОЛЕЗНЯМ**

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2021

УДК 616.9-053.2(075.8)

ББК 57.33я73

М23

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве методических рекомендаций 18.11.2020 г., протокол № 13

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., зав. каф. инфекционных болезней И. А. Карпов; канд. мед. наук, доц. 1-й кафедры детских болезней И. А. Козыро

Манкевич, Р. Н.

М23 План обследования пациента и написания учебной истории болезни «Медицинская карта стационарного пациента» по детским инфекционным болезням : методические рекомендации / Р. Н. Манкевич, И. Н. Ластовка, А. А. Астапов. – Минск : БГМУ, 2021.– 16 с.

ISBN 978-985-21-0728-0.

Отражены современные требования к ведению и оформлению медицинской документации в стационарных условиях, а также приведен примерный план обследования пациента с инфекционными заболеваниями.

Предназначены для студентов 5-го курса педиатрического и 4-го курса лечебного факультетов.

УДК 616.9-053.2(075.8)

ББК 57.33я73

Учебное издание

Манкевич Римма Николаевна

Ластовка Инна Николаевна

Астапов Анатолий Архипович

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА И НАПИСАНИЯ УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ «МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА» ПО ДЕТСКИМ ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ

Методические рекомендации

Ответственная за выпуск О. Н. Романова

Редактор Ю. В. Киселёва

Компьютерная вёрстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 21.01.21. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хероx office».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 0,93. Уч.-изд. л. 0,7. Тираж 45 экз. Заказ 39.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-21-0728-0

© Манкевич Р. Н., Ластовка И. Н., Астапов А. А., 2021

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2021

ВВЕДЕНИЕ

Целью написания данных рекомендаций явилось обучение студентов правильному ведению медицинской документации, формирование у будущего врача алгоритма обследования пациента и развитие клинического мышления.

В настоящее время история болезни именуется «Медицинская карта стационарного пациента», но для простоты изложения в дальнейшем мы будем использовать традиционное название — история болезни (ИБ). Это документ, имеющий большое практическое, научное и юридическое значение, поэтому ее следует вести последовательно и четко, кратко и по существу. В ней содержатся все необходимые сведения о пациенте, развитии его заболевания, результаты клинико-лабораторного и инструментального обследования, эффективность проводимой терапии.

Учебная ИБ отличается от рабочей документации, которая ведется практикующими врачами, и включает всестороннее обследование пациента, а также системное изложение всех полученных результатов (с интерпретацией), более подробное объективное обследование пациента по органам и системам, описание диспансерного наблюдения.

Алгоритм постановки заключительного клинического диагноза включает несколько последовательных этапов: обоснование предварительного диагноза, обоснование клинического диагноза.

При написании ИБ студент учится правильно получать информацию от пациента и в соответствии с требованиями оформлять медицинскую документацию.

В разделе «Лечение» должны быть представлены алгоритмы выбора режима, диеты, медикаментозной терапии (этиотропная, патогенетическая, симптоматическая).

В то же время в учебную ИБ не включены такие разделы, как информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства, отказ от медицинского вмешательства, записи результатов консилиумов, экстренное извещение, статистическая карта и многое другое, с чем молодые врачи ознакомятся в стационаре во время прохождения интернатуры.

Учебная ИБ оформляется в период курации пациента в отделении, в строгом соответствии схеме ИБ. Она должна быть написана в официально-деловом стиле без использования разговорных слов и фразеологизмов. При оформлении допустимы только общепринятые сокращения. Титульный лист, паспортная часть и эпикриз должны быть написаны рукописным текстом, остальные разделы ИБ допускается напечатать.

ОФОРМЛЕНИЕ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра детских инфекционных
болезней УО БГМУ
Заведующий кафедрой

ученая степень, звание, Ф.И.О.

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА № _____

Ф.И.О. пациента _____

Клинический диагноз _____

Куратор _____

Ф.И.О. студента

Курс, группа, факультет _____

Срок курации:

Начало (дата) _____

Окончание (дата) _____

Преподаватель _____

ученая степень, звание, Ф.И.О.

МИНСК, 20 ____

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Фамилия, имя и отчество пациента _____
Возраст _____ дата рождения _____
Место жительства (подробный адрес) _____
Название детского коллектива, который посещает ребенок _____
Дата последнего посещения детского коллектива _____
Дата поступления _____ день болезни _____
Дата выписки _____
Исход болезни: выздоровление, улучшение, без изменения, ухудшение, умер (подчеркнуть)
Кем направлен пациент? (название лечебного учреждения) _____
Диагноз направившего учреждения _____
Диагноз при поступлении _____
Клинический диагноз:
Основной, дата установления _____
Осложнения _____
Сопутствующие заболевания _____
Проведено койко-дней _____

ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА

Записываются со слов самого больного ребенка или его законных представителей (родители, другие родственники, опекун) на день курации.

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ (ANAMNESIS MORBI) ДО ДНЯ КУРАЦИИ

Сведения для этого раздела получают из следующих документов: имеющегося в клинической ИБ направления, выписки из другого лечебного учреждения, если пациент переведен, записей врача приемного отделения, а также сведений, полученных студентом-куратором от пациента (его представителя).

История заболевания должна отражать динамику заболевания. Подробно в хронологической последовательности описывается возникновение, течение и развитие настоящего заболевания от первых его проявлений до настоящего момента. Приводятся данные о динамике начальных симптомов, характере и времени появления новых симптомов, о предшествующем лечении и его эффективности, ранее проводимых диагностических мероприятиях и их результатах. Заканчивается написание анамнеза заболевания описанием последнего ухудшения состояния пациента либо других причин, приведших к настоящей госпитализации.

Необходимо учитывать, что к началу курации пациент уже определенное время находился в отделении, поэтому следует в хронологическом порядке (кратко) указать динамику заболевания и эффективность проводимой терапии к началу курации.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

1. С чем связывает пациент (его представители) заболевание: контакт с больным инфекционным заболеванием (указать дату последнего контакта), проживание в эпидемически неблагополучной местности, эндемическом очаге, поездки за границу до обращения за настоящей медицинской помощью (выяснить, в какие страны и дату прибытия в Республику Беларусь), уход за животными.

2. Заболеваемость в детском учреждении, которое посещает больной ребенок.

3. Употребление немытых овощей, фруктов, недоброкачественных продуктов и консервов, пользование водой из непроверенного источника, укусы насекомых или животных, медицинские манипуляции (инъекции, операции, переливания крови, стоматологические вмешательства и др.), сопровождающиеся нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек.

4. Иммунологический статус:

– профилактические прививки (какие, когда, сколько раз, интервалы, реакции на прививку);

– введение лечебных сывороток (какие, когда, способ введения и переносимость их).

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)

Семейный анамнез: состояние здоровья родителей и ближайших родственников, наличие хронических наследственных заболеваний, хронического вирус- или бактерионосительства.

Акушерский анамнез: от какой по счету беременности родился ребенок, как протекала настоящая беременность и роды, чем закончились предыдущие.

Сведения о ребенке:

1. Роды в срок или нет?

2. Закричал сразу или нет (вид и длительность асфиксии).

3. Масса тела и рост при рождении.

4. Характер вскармливания (естественное, искусственное, смешанное), сроки и время введения прикормов.

5. На какой день жизни отпал пупочный остаток, как заживала пупочная ранка?

6. Была ли желтуха, ее интенсивность и длительность?

7. На какой день жизни выписан из роддома?

8. Нервно-психическое развитие: отставание, опережение, соответствие возрасту.

Перенесенные заболевания: какие, когда, их длительность и тяжесть. Если ребенок состоит на диспансерном учете у узких специалистов, указывается диагноз и специальность врача.

Аллергологический анамнез: аллергические реакции и заболевания, в том числе реакции на пищевые продукты и медикаменты.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ (STATUS PRAESENS) НА ДЕНЬ КУРАЦИИ

Дата _____ день болезни _____ день лечения _____

Общий вид пациента:

1. *Общее состояние:* удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, очень тяжелое, агонирующее.

2. *Положение пациента:* активное, пассивное, адинамичное, вынужденное (на боку, менингеальная поза и др.).

3. *Сознание:* ясное, сомнолетное, сопорозное, ступорозное, кома.

4. *Выражение лица:* спокойное, возбужденное, лихорадочное, маскообразное, страдальческое.

Температура тела _____ Вес _____ Рост _____ Оценка физического развития _____.

Обследование по системам и органам. Проводится в следующей последовательности: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация. Не следует описывать отсутствующие проявления у пациента, кроме тех, которые значимы для обоснования диагноза.

Кожа. Окраска: физиологическая, бледная, красная, желтушная, цианотичная, мраморная, с восковидным оттенком и др. *Тургор:* сохранен, снижен, резко снижен. *Влажность:* нормальная, повышенная, пониженная (сухая).

Сыпь: характер (розеола, пятнышко, геморрагии, везикула, папула и т. д.), локализация, этапность появления. Зуд.

Наличие на коже расчесов, пролежней, гиперкератозов, гематом, гемангиом, отеков, расширения вен; их локализация.

Слизистые оболочки. Окраска видимых слизистых. Влажные, сухие. Наличие налетов, молочницы, кровоизлияний, энантемы, афт, эрозий, язв и других патологических изменений.

Подкожно-жировая клетчатка. Степень развития подкожно-жирового слоя. Отеки: общие, местные (лица, шейной клетчатки, конечностей).

Лимфатические узлы: величина (в мм), форма, консистенция, подвижность, болезненность и преимущественная локализация патологически измененных лимфатических узлов, спаянность между собой и с подлежащими тканями, изменение цвета над ними, наличие флюктуации.

Слюнные железы. Определить степень увеличения и наличия болезненности в области околоушных и подчелюстных слюнных желез, изменение цвета кожи над ними, их консистенцию, наличие флюктуации.

Мышечная система. Общее развитие мышц: хорошее, умеренное, слабое. Тонус мышц, болезненность при пальпации или движениях. Наличие атрофии, гипертрофии или уплотнений.

Костно-суставная система. Наличие болей в костях и суставах, их характер и сила. Деформации, трещины, утолщения, припухлость, флюктуация, хруст, контрактуры, анкилоз. Бугры и размягчение костей черепа, состояние большого и малого родничков, их краев. Объем движения в суставах.

Органы дыхания. *Кашель:* время появления (день, ночь) и его характер (сухой, влажный, «лающий»), частота (постоянный или приступообразный), продолжительность и характер приступа (болезненный, безболезненный), наличие реприз.

Одышка, ее характер и выраженность. Частота дыханий в минуту.

Мокрота: слизистая, гнойная, слизисто-гнойная, примесь крови.

Болевые ощущения в груди: локализация боли и ее характер (острая, тупая). Связь боли с интенсивностью движения, физического напряжения, глубиной дыхания или с кашлем.

Нос: дыхание свободное, затрудненное. Отделяемое из носа: количество и характер (серозное, гнойное, кровянистое).

Голос: громкий, чистый, хриплый, тихий, осиплость, охриплость, афония, гнусавость.

Грудная клетка: нормальная, эмфизематозная, рахитическая, «куриная», воронкообразная, наличие рахитических четок. Равномерность расширения обеих половин грудной клетки при дыхании. Состояние межреберных промежутков (участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, втяжение податливых мест грудной клетки).

Сравнительная перкуссия легких: характеристика перкуторного звука (легочный, приглушенный, наличие притупления, тупости, тимпанита или коробочного звука).

Сравнительная аускультация легких: характер дыхания: пуэрильное, везикулярное, жесткое, ослабленное, удлиненный выдох, амфорическое, отсутствие дыхательного шума.

Хрипы: сухие (свистящие, жужжащие), влажные (крупно-, средне-, мелкопузырчатые), крепитация. Наличие шума трения плевры.

Сердечно-сосудистая система. Верхушечный толчок сердца (разлитой или нет) определяется визуально или пальпаторно (в каком межреберье).

Аускультация: тоны сердца (ясные, глухие, хлопающие), раздвоение и расщепление тонов. Акценты, ритм галопа (предсердечный, желудочковый). Шумы в сердце и их отношение к фазам сердечной деятельности (систолический, диастолический). Частота сердечных сокращений в минуту.

Исследование сосудов: осмотр артерий, степень их пульсации и набухания яремных вен.

Пульс: частота в минуту, степень напряжения (слабый, удовлетворительный), ритм (правильный, аритмичный). Дыхательная аритмия, другие нарушения ритма. Величина артериального давления (систолического и диастолического).

Органы пищеварения. *Запах изо рта:* зловонный, сладковатый, гнилостный, ацетона и т. д.

Наличие срыгиваний, тошноты, рвоты (однократная, повторная, многократная).

Полость рта: окраска слизистой, наличие энантемы, молочницы, гиперемии, пятен Бельского–Филатова–Коплика, афт, язв. Количество зубов, наличие кариеса в них.

Язык: сухой, влажный, обложен налетом (его цвет), «малиновый», «меловой», «географический», «лаковый», наличие отпечатков зубов.

Ротоглотка: гиперемия слизистой (разлитая или ограниченная), миндалины в норме или гипертрофированы (указать степень увеличения), наличие налета на миндалинах (крошковатый, фибринозный, некротический, островчатый, сплошной, распространяется за пределы дужек), цвет налета (белый, желтый, серовато-белый, серый, грязного цвета), наличие гнойных фолликулов, абсцессов, язв. Наличие везикул на дужках миндалин. Задняя стенка глотки: гиперемия, цианотичность, налеты, увеличение фолликулов.

Язычок: гиперемирован, отечный, его подвижность, наличие афт, везикул.

Живот: конфигурация, наличие метеоризма, втяжение живота, участие в акте дыхания, видимая перистальтика и антиперистальтика, наличие венозной сети, расхождение мышц живота, наличие грыж (паховой, пупочной, бедренной, белой линии живота), инфильтрата, инвагината, болей, симптомы раздражения брюшины. Напряжение мышц живота при пальпации: общее или локализованное.

Печень: боли в правом подреберье (постоянные, приступообразные), их сила, иррадиация. Перкуторное определение границ печени (верхняя, нижняя), размеров печени по Курлову. Пальпация печени: край острый, закругленный, консистенция (эластичная, плотная, твердая), поверхность (гладкая, бугристая), болезненность при пальпации и ее локализация.

Пальпация места проекции желчного пузыря.

Селезенка: наличие болей в левом подреберье (тупые, острые). Перкуссия: определение поперечника и длинника. Пальпация: чувствительность, плотность, бугристость.

Стул: характер (оформленный, жидкий, кашицеобразный, обильный, водянистый, скудный), частота, цвет, запах, наличие патологических примесей и гельминтов.

Мочеполовая система. Боли в поясничной области и их характеристика. Припухлость в области почек. Симптом поколачивания. Боли при мочеиспускании. Объем мочи, цвет, частота мочеиспускания и выделения из мочеиспускательного канала (гной, кровь).

Щитовидная железа. Величина, консистенция, симптом Грефе, Мебиуса.

Зрение. Нистагм, стробизм, птоз, анизокория, острота зрения, наличие «тумана», «сетки», «мушек» перед глазами, диплопии, кератитов, конъюнктивитов, экзофтальм, ширина глазных щелей, блеск глаз. Цвет склер, инъекция сосудов склер.

Слух. Острота на левое и правое ухо (в норме, снижена). Выделения из уха, болезненность при надавливании на козелки и сосцевидные отростки.

Нервная система. *Сознание* (ясное, помраченное, состояние ступора, сопора, бессознательное, кома), бред, галлюцинации. Соответствие возраста и психического развития. *Поведение:* активное, пассивное, беспокойное.

Головные боли: периодические, постоянные, их локализация, сопровождаются ли тошнотой, рвотой. Головокружение. Шум в голове, ушах, обмороки, судорожная готовность, судороги.

Походка: нормальная, шаткая, атактическая, паралитическая. Симптом Ромберга и др.

Зрачки: величина, реакция на свет.

Рефлексы: сухожильные, брюшные, конъюнктивные, глоточные. Наличие патологических рефлексов. Дермографизм.

Чувствительность кожи: снижена, повышена (тактильная, болевая, термическая).

Менингеальные симптомы (ригидность мышц затылка, симптом Кернига, Брудзинского верхний, нижний и др.). У детей до года: выбухание, напряжение и пульсация большого родничка, симптом Лесажа.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Оформляется в предположительной форме, в виде рабочей гипотезы и служит исходным пунктом для дальнейшего подробного обследования пациента.

Предварительный диагноз ставится на основании жалоб (указать, каких: выделить только значимые для обосновываемого диагноза), анамнеза заболевания (описывается кратко, только значимые факты), данных эпидемиологического анамнеза (если есть данные), данных объективного исследования (перечисляются выявленные отклонения при объективном обследовании, значимые для данного заболевания). В случае рассмотрения нескольких диагностических гипотез указывается их предположение.

Образец оформления. Учитывая жалобы (указать какие), анамнез болезни (если есть данные), эпиданамнез (если есть данные), результаты объективного исследования (перечислить), можно поставить

Предварительный диагноз: _____

Сопутствующие заболевания: _____

Предварительный диагноз дает возможность сформулировать дальнейший план обследования и назначить план лечения.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА

В учебной ИБ план обследования и лечения составляется для курируемого пациента, исходя из предварительного диагноза, с целью уточнения клинического диагноза с учетом алгоритма обследования пациента с данной патологией и проведения дифференциальной диагностики.

1. Основные и дополнительные методы исследований (которые студент-куратор считает необходимыми назначить).

2. Лечение:

1) режим;

2) диета;

3) медикаментозные средства (которые студент-куратор считает необходимыми назначить данному пациенту с указанием формы выпуска, дозы, способа и времени приема):

– этиотропная терапия;

– патогенетическая терапия;

– симптоматические средства.

Подпись куратора _____

ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ И КОНСУЛЬТАТИВНЫЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Переписываются результаты всех лабораторных, инструментальных, рентгенологических исследований в динамике, а также данные консультаций специалистов и консилиумов с указанием даты. После каждого ре-

зультата студент делает заключение (интерпретацию) имеющихся отклонений от возрастной нормы и их связи с заболеванием.

Например: Отмечается умеренное снижение средней концентрации содержания гемоглобина в эритроцитах, среднего объема эритроцитов и умеренное снижение гемоглобина до 104 г/л при нормальном значении количества эритроцитов, что характерно для гипохромно-микроцитарной анемии легкой степени тяжести. Остальные показатели в пределах возрастной нормы.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ (ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ)

Выставляется конкретно в отношении заболевания у курируемого пациента с подробным анализом жалоб, анамнестических и эпидемиологических данных (если есть, кратко перечислить), клинических симптомов и синдромов, а также учитывая полученные данные дополнительного обследования (перечислить отклонения от нормы, выявленные при инструментальном и лабораторном обследовании, подтверждающие диагноз).

В структуре диагноза выделяются:

1. **Диагноз основного заболевания** _____
(включая указание формы, степени тяжести и характера течения (острое, подострое, хроническое, рецидивирующее) заболевания)
2. **Осложнения основного заболевания** _____
3. **Сопутствующие заболевания** _____

ДНЕВНИКИ

Дневники (**не менее 3 дней**) должны отражать динамику течения болезни (улучшение, ухудшение, без изменений) с ежедневным описанием состояния пациента в течение периода курации.

Дата	Подробное описание состояния пациента на день курации	Назначения в стационаре (на момент курации)
На момент курации: температура тела, частота дыхания (ЧД), частота сердечных сокращений (ЧСС)		

Подпись куратора (после каждого дневника) _____

ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

Оформляется на стандартном бланке либо на нарисованном от руки за весь период нахождения пациента в стационаре.

ЭПИКРИЗ

Выписной эпикриз представляет собой краткое изложение всей ИБ и включает в себя паспортные данные, основные жалобы, кратко — анамнестические данные (при необходимости), а также сведения о перенесенных других заболеваниях, проведенных оперативных вмешательствах и манипуляциях; подробное описание результатов лабораторно-инструментальных обследований (без интерпретации), результаты консультаций специалистов, перечисляются лекарственные средства, которые получал пациент за время госпитализации.

Даются конкретные рекомендации (при необходимости) по амбулаторному лечению, диспансерному наблюдению: наблюдение у узких специалистов, режим, диета, медикаментозная терапия (международное, не торговое, название лекарственных средств с указанием дозы, времени приема и длительности применения) или другие методы лечения.

Обязательно указывается отсутствие (или наличие, указать по какому заболеванию, дату контакта) **карантина в отделении за время пребывания ребенка в стационаре.**

Фамилия, имя, отчество _____

Возраст пациента _____

Поступил в отд. __ УЗ ГДИКБ (переведен из стационара) _____
дата, на _____ день болезни (или находился на стационарном лечении в УЗ ГДИКБ с _____ по _____).

Диагноз при направлении _____

Клинический диагноз (основной) _____

Осложнения _____

Сопутствующие заболевания _____

Проведено обследование (указать дату и результаты проведенных лабораторных, рентгенологических исследований в динамике, заключения и дату инструментальных методов обследования и осмотра узких специалистов) _____

Проведено лечение (перечислить все препараты с указанием суточных или курсовых доз) _____

Исход заболевания _____

Выписан под наблюдение участкового педиатра или другого специалиста (_____) или продолжает лечение в данном стационаре на момент окончания курации _____

Рекомендации пациенту при выписке подробно: режим, питание и т. д. _____

Рекомендации участковому педиатру или другому специалисту при необходимости дальнейшего лечения на дому _____

Карантин в отделении _____

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Если после выписки из стационара требуется диспансерное наблюдение, то указывают:

1. Какой специалист должен проводить диспансерное наблюдение за переболевшим данной инфекцией, характер наблюдения и обследования.
2. Сроки диспансеризации.
3. Правила допуска в детский коллектив после выписки из стационара.

Подпись куратора _____ (Ф.И.О.)

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Практические* навыки педиатра : практическое пособие / М. В. Чичко [и др.] ; сост. и ред. М. В. Чичко. Минск : Книжный дом, 2018. 848 с.
2. *Детские* инфекционные болезни. Лечебная практика : учеб. пособие / В. М. Цыркунов [и др.] ; пол общ. ред. В. М. Цыркунова, В. С. Васильева, А. А. Астапова. Минск : АСАР, 2013. 512 с.
3. Алгоритм оформления учебной истории болезни в педиатрическом стационаре : методические рекомендации для студентов / сост. Л. С. Намазова-Баранова [и др.]. 2-е изд. перераб., доп. Москва : ПедиатрЪ, 2018. 48 с.

Репозиторий БГМУ

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Оформление титульного листа.....	4
Паспортная часть	5
Жалобы пациента.....	5
Анамнез болезни (Anamnesis morbi) до дня курации	5
Эпидемиологический анамнез.....	6
Анамнез жизни (Anamnesis vitae).....	6
Объективные данные (Status praesens) на день курации	7
Предварительный диагноз	10
План обследования и лечения пациента.....	11
Лабораторные данные и консультативные заключения	11
Клинический диагноз (заключительный).....	12
Дневники.....	12
Температурный лист.....	13
Эпикриз	13
Диспансерное наблюдение	14
Список использованной литературы	15

ISBN 978-985-21-0728-0



9 789852 107280

Республика Беларусь
Витория БГМУ