

О. П. СИРОШ

**СХЕМА НАПИСАНИЯ
УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

Минск БГМУ 2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
2-я КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

О. П. Сирош

СХЕМА НАПИСАНИЯ УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2021

УДК 616.1/4-071(075.8)

ББК 54.1я73

С40

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве методических рекомендаций 23.12.2020 г., протокол № 14

Рецензенты: канд. мед. наук, доц., зав. 1-й каф. внутренних болезней Белорусского государственного медицинского университета С. Е. Алексейчик; каф. терапии Белорусской медицинской академии последипломного образования

Сирош, О. П.

С40 Схема написания учебной истории болезни : методические рекомендации / О. П. Сирош. – Минск : БГМУ, 2021. – 12 с.

ISBN 978-985-21-0781-5.

Представлены рекомендации по написанию учебной истории болезни по учебной дисциплине «Внутренние болезни».

Предназначены для студентов 4–5-го курсов лечебного факультета и медицинского факультета иностранных учащихся.

УДК 616.1/4-071(075.8)

ББК 54.1я73

ISBN 978-985-21-0781-5

© Сирош О. П., 2021

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2021

ОФОРМЛЕНИЕ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра _____

Заведующий кафедрой _____

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Фамилия, имя, отчество пациента:

Диагноз заключительный клинический:

Основной диагноз:

Осложнения основного диагноза:

Сопутствующие заболевания:

Куратор: Ф.И.О., номер учебной группы.

Преподаватель: должность, Ф.И.О.

Время курации: дата начала и окончания курации.

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О. пациента.

Пол.

Возраст.

Домашний адрес.

Место работы, профессия или должность.

Льготы.

Название структурного подразделения.

Дата поступления в стационар.

Дата выписки (смерти).

Число проведенных в стационаре койко-дней.

Исход болезни.

Направившая организация здравоохранения.

Диагноз направившей организации.

Диагноз при поступлении.

Диагноз заключительный клинический.

ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА

Следует выяснить жалобы пациента на день поступления в стационар. Основные жалобы изложить в первую очередь. При наличии болей дать им подробную характеристику: локализация, выраженность, иррадиация, периодичность, условия возникновения, чем купируются.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Необходимо указать, с какого времени пациент считает себя больным по основному заболеванию, причину заболевания, по мнению пациента, последовательность развития заболевания, периоды обострения (когда, где и чем лечился), длительность периодов ремиссии и что принимал вне обострения заболевания. Отметить дату и место последнего стационарного лечения, полученные рекомендации и их выполнение; дату настоящего обострения, по возможности установить его причину, указать, что принимал пациент, какова эффективность принятых лекарственных средств.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА

Нужно указать перенесенные заболевания в прошлом. Уточнить, болел ли пациент туберкулезом, вирусными гепатитами, страдает ли сахарным диабетом. Осветить аллергологический анамнез, вредные привычки (алкоголь, курение). У женщин уточнить регулярность менструального цикла, количество беременностей и родов, наступление климакса.

Отметить наследственный анамнез, профессиональный анамнез (наличие профессиональных вредностей), экспертно-трудовой анамнез (непрерывная временная нетрудоспособность, суммарная временная нетрудоспособность, наличие группы инвалидности (уточнить связь с основным заболеванием)).

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

Общее состояние пациента: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое.

Сознание: ясное, оглушение, сопор, кома 1-й, 2-й или 3-й степени.

Психический статус: поведение, настроение, когнитивная деятельность (внимание, память).

Положение: активное, пассивное, вынужденное.

Телосложение: рост, вес, индекс массы тела, тип конституции (нормостенический, астенический, гиперстенический).

Кожные покровы и слизистые: цвет, наличие высыпаний, рубцов, подкожных узелков и других изменений, состояние ногтей, волос.

Периферические лимфатические узлы: размеры, плотность, эластичность, болезненность.

Отеки: периферические, асцит, анасарка.

Костно-мышечная система:

– общий осмотр: пропорции тела, осанка, характер походки, скорость ходьбы, изменение оси конечностей;

– суставы: деформация, дефигурация, болезненность (локальная, разлитая), локальная гипертермия, локальная гиперемия, наличие патологических шумов (крепитация, сухожильные щелчки), объем движений и параметры суставов по окружности (подробное описание необходимо только при наличии патологии);

– позвоночник: форма (физиологические изгибы сохранены, кифоз, лордоз, сколиоз), болезненность по ходу остистых отростков и в паравертебральных точках, объем движений;

– мышцы: атрофия, гипертрофия, тонус мышц, мышечная сила.

Система дыхания:

– дыхание: свободное, поверхностное, затруднен вдох, выдох. ЧД в минуту;

– осмотр грудной клетки: форма (нормальная: нормостеническая, гиперстеническая, астеническая; патологическая: эмфизематозная, параличическая, рахитическая, воронкообразная, ладьевидная), наличие асимметрии, деформации, патологического втяжения межреберных промежутков на вдохе, отставания в дыхании одной из половин грудной клетки;

– пальпация грудной клетки: болезненные участки, голосовое дрожание;

– перкуссия легких: сравнительная с указанием изменений перкуторного звука;

– аускультация легких: сравнительная с указанием характера дыхания (везикулярное, бронхиальное, бронховезикулярное (жесткое), ослабленное), дыхательных шумов (сухие, влажные хрипы, крепитация).

Система кровообращения:

– осмотр: верхушечный толчок, пульсация в отдельных местах сердечной области, пульсация в яремной ямке, подложечной области;

– пальпация: верхушечный толчок (локализация, характеристика), систолическое и диастолическое дрожание (локализация), зоны гипералгезии в области сердца;

– перкуссия сердца: границы относительной сердечной тупости, ширина сосудистого пучка;

– аускультация сердца и крупных сосудов: характеристика основных тонов сердца, наличие дополнительных тонов, акценты. Шумы: характеристика по фазам сердечного цикла (систолический, диастолический), эпицентр, проведение, изменение звучания при перемене положения тела и после физической нагрузки. Шум трения перикарда. Шум в области крупных артериальных сосудов. Пульс: частота, ритмичность, дефицит пульса, сравнение пульса на обеих руках. Измерение АД (верхние, нижние конечности).

Система пищеварения:

– полость рта и глотки: окраска слизистой оболочки полости рта, запах изо рта. Состояние миндалин, зубов. Язык: влажный, сухой; чистый, обложен налетом;

– осмотр живота: форма, развитие подкожных вен, грыжи, рубцы;

– пальпация живота: поверхностная (наличие болезненности, напряжение мышц брюшного пресса), глубокая;

– перкуссия живота: наличие жидкости;

– аускультация живота: характер кишечных шумов, наличие сосудистых шумов;

– характеристика стула: частота, цвет, наличие патологических примесей;

– печень: перкуссия (определение размеров по Курлову), пальпация (болезненность, характеристика нижнего края (острый, закругленный)). Болезненность в проекции желчного пузыря.

Селезенка: перкуссия и пальпация (определение границ и размеров селезенки).

Мочевыделительная система: пальпация почек в горизонтальном и вертикальном положениях; симптом поколачивания; оценка диуреза.

Щитовидная железа: пальпация (размеры, форма, консистенция).

Нервная система: симптомы раздражения мозговых оболочек.

ДИАГНОЗ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ПАЦИЕНТА И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Диагноз формулируется на основании жалоб, анамнеза заболевания, данных анамнеза жизни, имеющих непосредственное отношение к заболеванию, результатов объективного исследования, данных лабораторных и инструментальных исследований, выполненных при поступлении в стационар, представленной медицинской документации, имеющейся на момент поступления пациента.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

Следует перечислить лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, необходимые для постановки заключительного клинического диагноза.

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ЗАКЛЮЧЕНИЯ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Необходимо указать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, выполненных за время госпитализации. При наличии патологического отклонения в результатах исследования указать анализы с наличием патологических изменений и после их нормализации. При отсутствии отклонений в результатах лабораторного исследования привести исходный результат анализа.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Понятие «заключительный клинический диагноз» включает основное заболевание и его осложнения (при их наличии), а также сопутствующие заболевания.

При формулировке диагноза указывается следующее: название патологии, клиническая форма заболевания, этиологический фактор (по возможности), функциональное состояние органов или систем, а также, при наличии, течение, стадия, степень активности, фаза и осложнения заболевания.

Обоснование основного заболевания должно включать не только интерпретацию нозологии и клинической формы, но и установленной стадии заболевания, течения, степени активности, фазы, осложнения и др. По возможности следует отметить особенности течения заболевания у данного пациента, которые могут касаться характера поражения отдельных органов, течения заболевания, эффективности лечения и др.

Сопутствующие заболевания требуют краткого обоснования.

Дифференциальный диагноз основного заболевания необходимо провести с двумя патологиями, имеющими общую симптоматику с патологическим процессом у данного курируемого пациента.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Необходимо изложить основные этиологические моменты, имеющие отношение к развитию заболевания у курируемого пациента, и предполагаемый патогенез.

ЛЕЧЕНИЕ

Следует назначить режим, диету, медикаментозную терапию (этиопатогенетическую, симптоматическую) с указанием группы лекарственных средств, физиотерапевтическое лечение, ЛФК, необходимые для курируемого пациента. При назначении лекарственной терапии указать разовую дозу, кратность приема, связь с приемом пищи, возможные побочные действия. Названия лекарственных средств представить на латинском языке.

ПРОФИЛАКТИКА

Изложить мероприятия по предупреждению рецидива заболевания у курируемого пациента, включая рекомендации по соблюдению режима, диеты, диспансерного наблюдения, трудовой нагрузки.

ПРОГНОЗ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ, ЖИЗНИ, ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Указать прогноз (благоприятный, сомнительный, неблагоприятный) выздоровления, жизни, трудоспособности у курируемого пациента с обоснованием данного заключения.

ДНЕВНИК

Написать 2–3 дневника с отражением динамики состояния здоровья пациента, а также имевших место изменений в лечении.

Заполнить температурный лист с изображением температурной кривой, пульса, АД, ЧД. При необходимости указать суточный диурез и количество выпитой жидкости.

Дневники подписывает куратор.

ЭПИКРИЗ

Эпикриз оформляется в виде краткого изложения истории болезни с отражением только патологических данных, имеющих непосредственное отношение к заболеванию курируемого пациента в следующем порядке:

1. Ф.И.О., возраст, домашний адрес пациента.
2. Направившая организация здравоохранения.
3. Название структурного подразделения.
4. Дата поступления, дата выписки (смерти).
5. Краткое изложение жалоб, анамнеза заболевания, объективных данных на момент поступления.
6. Диагноз при поступлении.
7. Заключительный клинический диагноз.
8. Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования с указанием даты их выполнения (при выявлении патологии исследование описывается полностью, при отсутствии патологии делается запись «Произведена ЭКГ, без патологии»).
9. Заключение узких специалистов.

10. Проведенное лечение: перечислить названия лекарственных средств на русском языке, проведение физиотерапевтического лечения, ЛФК. Для глюкокортикостероидов и цитостатических средств обязательно указать дозы препаратов.

11. Результаты проведенного лечения: выздоровление, улучшение, без динамики, ухудшение, смерть. Кратко привести объективные данные при выписке. Указать данные по временной нетрудоспособности: выдан больничный лист с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г., закрыт (продолжает болеть), к труду приступить с «__» _____ 20__ г.

12. Рекомендации при выписке: указать группу диспансерного наблюдения, диету, медикаментозную терапию (разовую дозу, кратность приема, длительность терапии), при необходимости указать дату и цель повторной госпитализации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Указать 2–3 литературных источника в соответствии с общепринятыми правилами оформления списка литературы.

В конце, после списка использованной литературы, куратор должен поставить свою подпись.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Оформление титульного листа.....	3
Паспортная часть	4
Жалобы пациента.....	4
История настоящего заболевания	4
История жизни пациента.....	5
Данные объективного исследования пациента.....	5
Диагноз при поступлении пациента и его обоснование	7
План обследования пациента	7
Лабораторные и инструментальные исследования, заключения узких специалистов	7
Заключительный клинический диагноз.....	8
Этиология и патогенез заболевания	8
Лечение	8
Профилактика	9
Прогноз выздоровления, жизни, трудоспособности.....	9
Дневник.....	9
Эпикриз.....	9
Список использованной литературы	10

Учебное издание

Сирош Ольга Петровна

СХЕМА НАПИСАНИЯ УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск А. М. Борис
Редактор А. В. Лесив
Компьютерная вёрстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 06.04.21. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хероx office».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 0,7. Уч.-изд. л. 0,4. Тираж 40 экз. Заказ 133.

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 978-985-21-0781-5



9 789852 107815

Розкритикував БГМУ