

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

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

**ПРИМЕРНЫЙ ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА
И НАПИСАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ
СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА
ПО ДЕТСКИМ ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2015

УДК 616.9-053.2-07 (091) (075.8)
ББК 57.33 я73
А91

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 22.04.2015 г., протокол № 8

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

Астапов, А. А.
А91 Примерный план обследования пациента и написания медицинской карты
стационарного пациента по детским инфекционным болезням : учеб.-метод.
пособие / А. А. Астапов, Р. Н. Манкевич, И. Н. Ластовка. – Минск : БГМУ,
2015. – 16 с.

ISBN 978-985-567-223-5.

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

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

УДК 616.9-053.2-07 (091) (075.8)
ББК 57.33 я73

ISBN 978-985-567-223-5

© Астапов А. А., Манкевич Р. Н., Ластовка И. Н., 2015
© УО «Белорусский государственный медицинский
университет», 2015

ОФОРМЛЕНИЕ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА

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

Заведующий кафедрой

ученая степень, звание, Ф.И.О.

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА № _____

Ф.И.О. пациента _____

Клинический диагноз (расшифрованный с указанием метода подтверждения диагноза и тяжести течения болезни) _____

Куратор _____
Ф. И. О. студента

Курс, группа, факультет _____

Срок курации:

Начало (дата) _____

Окончание (дата) _____

Преподаватель _____
ученая степень, звание, Ф.И.О.

МИНСК, 20__ г.

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 (нужное подчеркнуть)

Кем направлен больной? (название лечебного учреждения) _____

Диагноз направившего учреждения _____

Диагноз при поступлении _____

Клинический диагноз:

Основной, дата установления _____

Осложнения _____

Сопутствующие заболевания _____

Проведено койко-дней _____

ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА

У пациента, его родителей или родственников выясняют жалобы на день курации.

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ (Anamnesis morbi)

(до дня курации)

1. Дата заболевания (указать точное время, если возможно).
2. Характер начала заболевания (внезапное, острое, постепенное) с подробным изложением начальных симптомов заболевания.

3. Динамика развития заболевания с отражением даты появления каждого нового симптома.

4. Продромальный период и его характер.

5. Жалобы пациента (родителей или родственников) на момент заболевания и динамика клинических симптомов (необходимо уточнить дату появления патологических изменений и их длительность — минуты, часы, дни, месяцы, годы; постоянство или периодичность).

Выбрать из нижеследующего при необходимости:

1) *поведение ребенка*: беспокойство, судорожная готовность, вялость, адинамия, помрачнение или отсутствие сознания, судороги;

2) *температура*: нормальная, субфебрильная, до 39 °С, выше 39 °С, постоянная, ознобы, поты (ночные, профузные, потливость);

3) *головная боль*: характер, локализация, периодичность;

4) *сон*: длительность, спокойный или беспокойный, бессонница;

5) *сыпь на коже и слизистых оболочках*: характер, локализация, этапность высыпания, наличие зуда и температурной реакции, сопровождающей высыпания;

6) *суставные, мышечные боли*: их локализация, характер (постоянные, ноющие), изменение походки (в чем это проявляется);

7) *голос*: громкий, тихий, изменение тембра (осиплость, охриплость, афония);

8) *кашель*: постоянный, периодический, сухой или влажный, лающий, остановка дыхания во время кашля, наличие реприз, приступообразный;

9) *аппетит*: сохранен, снижен, отсутствует, отвращение к пище (к какой?);

10) *жажда*: сухость во рту, затрудненное глотание, боль в горле;

11) *тошнота, рвота*: кратность, характер рвотных масс, связь с приемом пищи, воды, лекарств;

12) *боли в животе*: локализация, иррадиация, связь с приемом пищи, постоянные, схваткообразные;

13) *характеристика перистальтики*: тенезмы, вздутие живота, урчание кишечника, выпадение прямой кишки;

14) *стул*: частота, цвет, запах, консистенция (оформленный, кашицеобразный, жидкий, водянистый), наличие патологических примесей (слизь, зелень, гной, кровь в виде прожилок или капель), непереваренных частиц пищи, объем (обильный, скудный);

15) *моча*: цвет, частота мочеиспускания, боли при мочеиспускании, боли в поясничной области;

16) *зрение*: снижение, мелькание мушек, сетка или туман перед глазами, двоение предметов и т. д.

6. Первичное обращение к врачу, предварительный диагноз, лечение на дому (препараты, дозы, продолжительность, переносимость, эффективность).

7. Лабораторные исследования в поликлинике (результаты).

8. Течение болезни в стационаре и эффективность проведенной терапии (до начала курации).

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

1. С чем связывает пациент (родители) заболевание: контакт с подобными больными, проживание в эпидемически неблагополучной местности, эндемическом очаге, поездки за границу (указать, в какие страны) за последние 2 года, уход за животными.

2. Заболеваемость в детском учреждении, которое посещает больной.

3. Употребление немытых овощей, фруктов, недоброкачественных продуктов и консервов, пользование водой из непроверенного источника, наличие эктопаразитов, укусы животными, инъекции, оперативные вмешательства, ушибы и др.

4. Иммунологический статус:

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

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

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ (*Anamnesis vitae*)

Сведения о родителях и родственниках:

1. Состояние здоровья родителей и ближайших родственников, наличие хронических наследственных заболеваний, хронического вирусосо- или бактерионосительства.

2. 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, её интенсивность и длительность?

7. На какой день жизни выписан из роддома?
8. Нервно-психическое развитие: отставание, опережение, соответствие возрасту.
9. Перенесенные ранее заболевания (какие, когда).
10. 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. *Общее состояние:* удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, очень тяжелое, агонирующее.

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

Сознание: ясное, сомнолентное, сопорозное, ступорозное, кома.

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

Температура ___ Вес ___ Рост ___ Оценка физического развития _____

Кожа. *Окраска:* розовая, красная, бледная, желтушная, цианотичная, мраморная, землистая и др.

Тургор: сохранен, снижен, резко снижен.

Влажность: нормальная, повышенная, пониженная (сухая).

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

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

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 (толщина жировых складок). При недостаточном развитии подкожно-жирового слоя определить степень гипотрофии, а при избыточном — процент избытка (для установления паратрофии или степени ожирения). Тургор тканей. Отеки: общие, местные (лица, шейной клетчатки, конечностей).

Лимфатические узлы. Наличие лимфаденопатии: региональная, полилимфаденопатия или генерализованная. Величина их (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. Степень увеличения и наличие болезненности в области околоушных и подчелюстных слюнных желез, изменение цвета кожи над ними, их консистенция, наличие флюктуации. Наличие симптома Мурсона.

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. *Одышка*, её характер и выраженность. Частота дыханий в минуту.

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

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

Болевые ощущения в груди: локализация боли и её характер (острая, тупая). Связь боли с интенсивностью движения, физическим напряжением, глубиной дыхания или кашлем.

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

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

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

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

Топографическая перкуссия легких. Граница легких по среднеключичной, среднеподмышечной, лопаточным линиям с обеих сторон.

Сравнительная аускультация легких. Характер дыхания: пуэрильное, везикулярное, жесткое, ослабленное, удлинённый 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).

Перкуссия: границы сердца (правая, левая в 5-м или 4-м межреберье, в 3-м межреберье и ширина сосудистого пучка).

Аускультация: тоны сердца (ясные, глухие, хлопающие), раздвоение и расщепление тонов. Акценты, ритм галопа (предсердный, 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 (слабого, удовлетворительного), ритм (правильный, аритмичный). Дыхательная аритмия, другие нарушения ритма. Величина артериального давления (систолического и диастолического).

Органы пищеварения. *Аппетит:* сохранен, снижен, отсутствует. *Жажда.*

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

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

Зев: наличие гиперемии (разлитой или ограниченной), миндалин в норме или гипертрофированы (указать степень увеличения), наличие налетов 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: наличие гиперемии, цианотичности, налетов, увеличение фолликулов.

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

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

Симптомы верхней диспепсии: наличие срыгиваний, тошноты, рвоты (однократная, повторная, многократная), изжоги.

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: болевая зона Шоффара, болевые точки Дежардена, Мейо–Робсона, Щеткина–Блюмберга, Воскресенского и др.

Напряжение мышц живота при пальпации: общее или локализованное. У новорожденных: состояние пупка (гиперемия, мокнущее, нагноение, наличие отделяемого).

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 её локализация.

Пальпация места проекции желчного пузыря. Пузырные симптомы (Мэрфи, Кера, Мюсси, Ортнера и др.).

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

Стул (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. Пальпация почек, их смещаемость. Симптом поколачивания. Мочевой пузырь (пальпация, перкуссия). Боли при мочеиспускании. Объем мочи, цвет, частота мочеиспускания и выделения из мочеиспускательного канала (гной, кровь).

Щитовидная железа: величина, консистенция, симптомы 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. Тремор век при закрытых глазах.

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, атаксическая, паралитическая. Симптом Ромберга.

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 КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ (обоснование)

Предварительный диагноз: _____

Ставится на основании данных обследования пациента (жалобы, анамнез болезни, эпиданамнез, результаты объективного исследования).

Сопутствующие заболевания: _____

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА

1. Основные и дополнительные методы исследований (которые вы считаете необходимыми назначить).

2. План лечения:

- 1) режим;
- 2) диета;
- 3) медикаментозные средства (которые вы считаете необходимыми назначить):
 - этиотропная терапия;
 - патогенетическая терапия;
 - симптоматические средства.

Подпись куратора _____

ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ И КОНСУЛЬТАТИВНЫЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ (с обязательной интерпретацией всех патологических изменений)

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

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА (основного)

Проводится конкретно в отношении заболевания у курируемого пациента с использованием жалоб, анамнестических, клинических и лабораторных данных.

Сопутствующие заболевания: _____

ДНЕВНИКИ (не менее 3 дней)

Дневник должен отражать динамику течения болезни (улучшение, ухудшение, без изменений) с ежедневным описанием состояния пациента в течение периода курации.

Дата, температура утренняя и вечерняя, ЧСС, ЧАД	Подробное описание состояния пациента на день курации	Назначения в стационаре (на момент курации)
--	--	--

Подпись куратора _____

ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

Регистрируется утренняя и вечерняя температура у пациента.

ПРОГНОЗ

Благоприятный, неблагоприятный. Предполагаемые остаточные явления после перенесенного инфекционного заболевания.

ЭПИКРИЗ

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 суточ-
ных или курсовых доз) _____
Исход заболевания _____
Выписан под наблюдение участкового педиатра или другого специа-
листа _____ или продолжает лечение в данном стационаре _____
Рекомендации пациенту при выписке (подробно): режим, питание
и т. д. _____
Рекомендации участковому педиатру или другому специалисту при
необходимости дальнейшего лечения на дому _____
Проведено число койко-дней _____

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

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

Подпись куратора _____

ЛИТЕРАТУРА

1. *Германенко, И. Г.* Примерный план обследования больного и написания истории болезни по детским инфекционным болезням : учеб.-метод. пособие / И. Г. Германенко, А. А. Астапов, А. М. Чичко. Минск : БГМУ, 2005. 20 с.
2. *Детские* инфекционные болезни. Лечебная практика : учеб. пособие / В. М. Цыркунов [и др.] ; под общ. ред. проф. В. М. Цыркунова, проф. В. С. Васильева, доц. А. А. Астапова. Минск : АСАР, 2013. 512 с.
3. *Практические* навыки педиатра : практическое пособие / М. В. Чичко [и др.] ; сост. и ред. М. В. Чичко. Минск. : Книжный дом, 2005. 848 с.
4. *Схемы* написания историй болезни детей с инфекционной патологией : учеб. пособие / Л. А. Гульман [и др.]. Ростов н/Д : Феникс ; Красноярск : Издательские проекты, 2007. 128 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Оформление титульного листа.....	3
Паспортная часть.....	4
Жалобы пациента	4
Анамнез болезни (Anamnesis morbi)	4
Эпидемиологический анамнез	6
Анамнез жизни (Anamnesis vitae).....	6
Объективные данные (Status praesens).....	7
Предварительный клинический диагноз.....	11
План обследования и лечения пациента	11
Лабораторные данные и консультативные заключения.....	11
Обоснование диагноза	12
Дневники	12
Температурный лист	12
Прогноз.....	12
Эпикриз.....	13
Диспансерное наблюдение	13
Литература.....	14

Учебное издание

Астапов Анатолий Архипович
Манкевич Римма Николаевна
Ластовка Инна Николаевна

**ПРИМЕРНЫЙ ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА
И НАПИСАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ
СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА
ПО ДЕТСКИМ ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. А. Астапов
Редактор Ю. В. Киселёва
Компьютерная верстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 23.04.15. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 0,93. Уч.-изд. л. 0,51. Тираж 60 экз. Заказ 322.

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.

Репозиторий БГМУ