

**СЕСТРИНСКАЯ КАРТА**  
стационарного пациента  
(схема)

Наименование лечебного учреждения \_\_\_\_\_

Дата и время поступления \_\_\_\_\_

Дата и время выписки \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_

Проведено койко-дней \_\_\_\_\_

Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)

Группа крови \_\_\_\_\_ Резус-принадлежность \_\_\_\_\_

Индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ (полных лет)

Источник информации (пациент, семья, медицинские документы, медицинский персонал) \_\_\_\_\_

Постоянное место жительства (город, село)

Место работы \_\_\_\_\_ профессия, (место учебы, инвалидность)

Кем направлен пациент \_\_\_\_\_

Направлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет (подчеркнуть), госпитализирован в плановом порядке \_\_\_\_\_

Клинический диагноз: основное заболевание \_\_\_\_\_

сопутствующее заболевание \_\_\_\_\_

осложнение \_\_\_\_\_

Сестринский диагноз при поступлении: проблемы настоящие

проблемы приоритетные

проблемы потенциальные \_\_\_\_\_

**Субъективное обследование:**

Причина обращения (жалобы пациента на настоящий момент)

История заболевания (когда заболел, с чего началось заболевание, как оно протекало, обращение за медицинской помощью, полученное лечение, его эффективность) \_\_\_\_\_

История жизни

Перенесенные заболевания и операции \_\_\_\_\_  
туберкулез (да, нет), вирусный гепатит (да, нет) \_\_\_\_\_

Переносимость лекарственных препаратов, бытовые аллергены, характер аллергических реакций \_\_\_\_\_

Наследственность (здоровье и причина смерти родителей, братьев, сестер)

Бытовые условия \_\_\_\_\_

Вредные привычки \_\_\_\_\_

Переливание крови \_\_\_\_\_

Способность к самообслуживанию (способность принимать пищу, готовить пищу, пользоваться туалетом, принимать лекарственные препараты, личная гигиена, общая подвижность, физическая активность в кровати) \_\_\_\_\_

Взаимоотношение с членами семьи (состав семьи, отношение к семье, поддержка родственниками) \_\_\_\_\_

Отношение к лечению (адекватное, не адекватное) \_\_\_\_\_  
Другое \_\_\_\_\_

**Объективное обследование:**

**I. Физикальные данные**

1. Оценка тяжести состояния (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое) \_\_\_\_\_

2. Сознание (ясное, заторможено, сопор, кома) \_\_\_\_\_

3. Положение в постели (активное, пассивное, вынужденное) \_\_\_\_\_

4. Телосложение \_\_\_\_\_

5. Питание (пониженное, нормальное, избыточное) \_\_\_\_\_

6. Рост \_\_\_\_\_ вес \_\_\_\_\_

7. Тип конституции \_\_\_\_\_

8. Состояние кожи и слизистых оболочек \_\_\_\_\_

цвет \_\_\_\_\_ тургор \_\_\_\_\_ влажность \_\_\_\_\_

дефекты (рубцы, расчесы, сыпь, гематомы, кровоподтеки, сосудистый рисунок) \_\_\_\_\_

**9. Органы дыхания:**

Осмотр: дыхание через нос свободное, затруднено, участие вспомогательной мускулатуры грудной клетки в акте дыхания (втяжение межреберных промежутков, западение надключичных и подключичных ямок, приподнимание плечевого пояса) \_\_\_\_\_

ЧДД \_\_\_\_\_

Характер дыхания (глубокое, поверхностное, ритмичное) \_\_\_\_\_

Наличие и характер мокроты \_\_\_\_\_

Пальпация (болезненность грудной клетки, эластичность, голосовое дрожание) \_\_\_\_\_

**10. Органы кровообращения:**

Осмотр (видимая пульсация периферических сосудов, пульсация верхушечного толчка сердца) \_\_\_\_\_

Пальпация (пульс - симметричность, частота, ритм, наполнение, напряжение) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ АД на обеих руках: правая \_\_\_\_\_ левая \_\_\_\_\_

**11. Органы пищеварения:**

Осмотр (язык, зубы, десны, небо, акт глотания) \_\_\_\_\_

Живот (форма, величина, симметричность, участие в акте дыхания) \_\_\_\_\_

Пальпация живота (мягкий, напряжен, болезненность, другое) \_\_\_\_\_

Пальпация печени (пальпируется, не пальпируется, выступает из под реберного края на \_\_\_\_\_ см) \_\_\_\_\_

Стул со слов пациента (форма, консистенция, цвет, объем, количество, раз/сут) \_\_\_\_\_

**12. Мочевыделительная система (пальпация почек, симптом Пастернацкого (поколачивания), количество мочеиспусканий/сут)** \_\_\_\_\_

**13. Эндокринная система:**

Видимое увеличение щитовидной железы \_\_\_\_\_

14. Костно-мышечная система (деформация скелета, суставов, атрофия мышц)

15. Данные лабораторных и инструментальных исследований (приводятся все результаты лабораторных и инструментальных исследований, имеющихся у пациента)

---

---

---

---

---

---

---

---

- 1. Выявите приоритетные и потенциальные проблемы.**
- 2. Составте план сестринского ухода.**
- 3. Представьте пациенту информацию о подготовке к диагностическим вмешательствам.**
- 4. Назовите применяемые медикаментозные средства и правила их использования.**