

# СХЕМА НАПИСАНИЯ УНИФИЦИРОВАННОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА

## **I. Общие данные о пациенте.**

Ф.И.О., возраст, профессия. Не следует указывать реальные сведения о больном!

Дата и время поступления, кем направлен, диагноз направившего учреждения.

Ф.И.О. куратора, курс, группа.

**II. Жалобы больного** – основные и дополнительные (расположите их по важности для диагностики, по системам).

## **III. История настоящего заболевания.**

Первые симптомы заболевания, когда они появились. Условия, при которых изменялись симптомы болезни. Начальный диагноз, кто и когда установил, изменения диагноза в последующем. Проводившееся раннее лечение, его эффективность, побочные действия лекарственных препаратов. Причина настоящей госпитализации; жалобы и основные проявления болезни при госпитализации. Проводимое лечение в стационаре; изменение состояния больного под влиянием проводимого лечения (динамика проявлений болезни). Фон, на котором возникло настоящее заболевание, факторы риска, способствующие его возникновению.

Анамнез заболевания может дополняться информацией, полученной при анализе медицинской документации больного (амбулаторная карта, выписки из предыдущих историй болезни, медицинские справки и др.).

## **IV. История жизни больного.**

Уточните основные данные из анамнеза жизни: сведения общего характера, перенесенные заболевания, операции и травмы. Аллергия и лекарственная непереносимость. Социально значимые заболевания (туберкулез, хронический гепатит, сахарный диабет, онкологические, венерические болезни, ВИЧ). Сведения о группе крови, переливаниях крови и ее компонентов. Отягощенная наследственность. Профессиональный анамнез. Вредные привычки и пристрастия (курение, алкоголь, наркотики). Семейно-половой анамнез (для женщин – акушерско-гинекологический). Бытовой анамнез.

## **V. Настоящее состояние больного.**

Общий осмотр больного: оцените общее состояние, сознание, положение, телосложение (конституцию), выражение лица. Определите температуру тела. Измерьте рост, вес, окружность талии, высчитайте индекс массы тела. Цвет кожи, наличие сыпи, гипер- и депигментация, кровоизлияния, трофические изменения, рубцы. Тип оволосения, состояние ногтей. Оцените влажность и тургор кожи. Определите степень развития подкожно-жировой клетчатки, выявите наличие или отсутствие отеков. Проведите пальпацию периферических лимфатических узлов. Осмотрите голову, глаза, конъюнктивы, губы, язык, полость рта, ушные раковины и нос. Проведите осмотр и пальпацию щитовидной железы и молочных желез. Осмотрите и обследуйте суставы, мышцы и кости.

Органы дыхания: число дыхательных движений, тип дыхания, наличие одышки и ее характер. Форма грудной клетки, участие ее в дыхании. Голосовое дрожание. Сравнительная и топографическая перкуссия легких, подвижность нижнего легочного края. Топографическая аускультация легких: характеристика дыхания, наличие хрипов в положении стоя и лежа, при форсированном дыхании, выслушивание шума трения плевры. Бронхофония.

Сердечно-сосудистая система: пульс на лучевых артериях и его свойства (частота, ритм, наполнение, напряжение, сосудистая стенка), пальпация и аускультация крупных артериальных сосудов (брюшная аорта, сонные и почечные артерии), АД на руках (при необходимости – и на ногах), верхушечный толчок сердца и его свойства, границы относительной сердечной тупости (правая, левая, верхняя), тоны сердца и их характеристика в 5 точках аускультации (верхушка, 2

межреберье справа от грудины, 2 межреберье слева от грудины, основание мечевидного отростка, точка Боткина-Эрба), шумы сердца (в тех же точках) и их характеристика (отношение к фазам сердца, характеристика, локализация, проведение).

Органы пищеварения. Осмотр языка и его состояние. Глотание. Состояние передней брюшной стенки (грыжи, тонус мышц). Поверхностная и глубокая пальпация живота (область желудка, 12-перстной кишки, толстого и тонкого кишечника, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенка).

Органы мочевого выделения. Пальпация почек, надлобковой области. Симптом поколачивания (с-м Пастернацкого).

Другие системы и органы, включая status localis, если история болезни пишется по следующим клиническим дисциплинам: хирургические болезни, урология, травматология, гинекология, глазные болезни, ЛОР-болезни, онкология, эндокринология, инфекционные болезни, нервные болезни и нейрохирургия.

**VI. Анализ выявленных клинических симптомов.** Указать симптомы, их характеристику и особенности, сгруппировать симптомы в синдромы (синдромокомплексы). Описать факторы риска, патогенетически связанные с настоящим заболеванием.

**VII. Предварительный диагноз.**

**VIII. План дополнительных исследований.**

**IX. Результаты дополнительных исследований и их анализ.**

**X. Клинический диагноз.** Клинический диагноз должен содержать этиологический, нозологический, морфологический и функциональный компоненты при соблюдении патогенетического принципа его формулирования, и включать основное заболевание, его осложнения, сопутствующие заболевания.

**XI. Лечение.** Определите индивидуальные цели лечения. Двигательный режим, режим питания, режим труда и отдыха. Медикаментозное лечение, указать этиологические, патогенетические, симптоматические средства с выпиской рецептов на основные из них с указанием цели назначения и основных фармакологических групп. Немедикаментозное лечение: физиотерапевтические процедуры, ЛФК, массаж и др.

**XII. Дневники наблюдения (1-2)** должны содержать основные параметры состояния больного, изменение состояния под влиянием проводимого лечения. При необходимости может быть написан этапный (предоперационный) эпикриз, протокол операции и т.д.

**XIII. Выписной эпикриз.**

Больной (ФИО, возраст) находился в \_\_\_\_\_ отделении с \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ по поводу (формулировка клинического диагноза). В клинике в процессе обследования направительный диагноз \_\_\_\_\_ был подтвержден (уточнен, изменен). Было проведено обследование (указать исследования и выявленные изменения). Было проведено медикаментозное лечение (препараты, дозы, длительность), его эффективность, побочные явления/осложнения лекарственной терапии. Проведено оперативное лечение (указать вид операции), течение послеоперационного периода. Состояние улучшилось (ухудшилось, без перемен), указать, в чем проявилось улучшение (ухудшение). Прогноз в отношении выздоровления, трудоспособности, жизни. Дать рекомендации по режиму труда, отдыха, питания, объему и длительности медикаментозной терапии, диспансерному наблюдению, объему и длительности профилактического или противорецидивного лечения. Обосновать необходимость продолжения временной нетрудоспособности или направления на МСЭК. Рекомендации по реабилитации и санаторно-курортному лечению.

**Дата сдачи истории болезни. Подпись куратора.**