

Единая
документация
пилотных
учреждений
стационарного типа

«ИСТОРИЯ УХОДА»



«История болезни» и любая медицинская документация – неприкосновенны

СЕРГЕЙ УТКИН

История болезни

- Диагнозы
- Терапия
- Проведение назначений врача
- Учет медикаментов
- И т.д.

Министерство здравоохранения СССР
Удобрение здравоохранения
Фамилия Уткин
Имя Сергей
Отчество Валерьевич
Дата рождения 25/5-53г.
Клинический диагноз Хр. срафаминит
Утверждена 16. VII. 19
ПОМОЩЬ ВРАЧА
ДИАГНОЗ ПОДТВЕРЖДЕН



PATIENT MEDICAL HISTORY

1. Patient's Name: _____ Date of Birth: _____
Social Security Number: _____
Home address: _____
Tel: _____
2. Have you ever been hospitalized? ☐ Yes ☐ No
If yes, what for? _____
3. Have you ever been tested for hepatitis A, B or C? ☐ Yes ☐ No Which hepatitis virus? _____
4. Last Tuberculosis (TB) Screening? ☐ Positive ☐ Negative
5. Have you had a sexually transmitted disease? ☐ Yes ☐ No Diagnosis: _____
6. Which of the following conditions are you currently being treated or have been treated for in the past (please check)
☐ Heart disease ☐ High cholesterol ☐ High blood pressure
☐ Angina ☐ Asthma ☐ Lung problems
☐ Seizures ☐ Kidney / Bladder problems ☐ Arthritis
☐ Shortness of breathe ☐ Stroke ☐ Liver problems
☐ Hepatitis ☐ Sinus problems ☐ Headaches /
blood pressure ☐ Seasonal allergies ☐ Neurological
☐ Diabetes ☐ Low blood pressure
☐ Arthritis

Ведение папки «История ухода» – вся информация о проживающем, собранная в одном месте

СССР

Министерство здравоохранения

Учетн. ф. № 112

Утверждена Министерством
здравоохранения СССР
16. VII. 1952 года

ЖАЛОБ НЕТ

Наименование лечебного учреждения _____

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

№ или шифр
М. Д.
(подчеркнуть)

Клинический диагноз Оптимизм (хронический)

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

ОТМЕТКИ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА
Всё хорошо

Черешня на дому
не требуется

Типография из-ва «Московская правда». Зак. 1242. Тираж. 5000.

«ИСТОРИЯ УХОДА»

- Занятость, досуг
- Социализация
- Индивидуальный подход к проживающему
- Сохранение и развитие ресурсов
- Минимизация рисков осложнения некачественным уходом
- Выявление проблем самообслуживания
- Компенсация дефицитов
- Работа с биографией
- Проведение профилактик
- Динамика состояния психического и физического здоровья
- ИПУ- пошаговое письменное руководство выполнение процесса ухода широком смысле: общение, выполнения социально-бытовых услуг, социализация, активация, постановка целей ухода и т.д.
- Дневник наблюдения

«История ухода» представляет собой папку, которая содержит документы в виде комплекта бланков с полной информацией о получателе

- | | |
|--|--|
| 1. Информационно-титульный лист | 11. Контроль дефекации |
| 2. Оценка рисков | 12. Контроль за изменением положения тела |
| 3. Биография | 13. Контроль ухода за проживающим |
| 4. ИПУ | 14. Контроль протекания лечения пролежней |
| 5. Лист назначения лекарственных препаратов длительного (постоянного) применения | 15. Контроль лечения пролежней |
| 6. Лист текущих врачебных назначений | 16. Организация досуга, занятости и социализации |
| 7. Дневник наблюдения | 17. Рекомендации ИПР (ИПРа) |
| 8. Контроль водного баланса | 18. И т.д. по усмотрению |
| 9. Контроль наличия болей | |
| 10. Витальные (жизненно важные функции) | |

Формирование «Истории ухода» происходит в несколько последовательных этапов:

1. Назначить ответственного за СДУ

На данном этапе ответственный за СДУ организует процесс введения папок «История ухода»:

Необходимо выбрать 20 проживающих (малобильных/немобильных)

Возможные варианты:

- все 20 проживающих на одном отделении
- на каждом отделении по определенному количеству проживающих

Подготовить весь необходимый материал для создания 20 папок

Приобрести 20 папок. Подписать. Определить место на отделении (доступ всего персонала, но с учетом соблюдения конфиденциальности)



Фамилия:		МОБИЛЬНОСТЬ	Самостоятельно	Под наблюдением	При помощи	Не может
Имя:		Вставать/ложиться				
Отчество:		В постели				
Дата рождения:		Ходить				
Место рождения:		Стоять				
Гражданство:		По лестнице				
Вероисповедание:		ГИГИЕНА	Самостоятельно	Под наблюдением	При помощи	Не может
Последнее место жительства:		Ванна/душ				
		Гигиена тела				
Семейное положение:		Переодеваться				
Мед. Диагнозы:		Гигиена рта				
Рост: Вес: ИМТ:		ПИТАНИЕ				
Члены семьи:		Диета: Питевой режим:				
1. Тел.		Прием пищи: самостоятельно при помощи кормление персоналом				
Группа типизации /дата		Питевой режим: самостоятельно при помощи нарушение глотания				
Опекунство:		КОММУНИКАЦИЯ				
С собой: очки протезы и пр.		Речевые нарушения: нет не значительные				
Технические средства: ходунки, коляска пр.		значительные отсутствует речь				
		Слуховые нарушения: нет не значительные значительные глухота				
		ОПРОЖНЕНИЕ				
		самостоятельно при помощи недержание катетер вид:				

ФИО
Дата рождения
Место рождения
Гражданство
Дата поступления в учреждение
Группа типизации/дата
Вероисповедание
Последнее место жительства
Семейное положение
Мед. Диагнозы
Рост, вес, ИМТ
Члены семьи (тел.)
Наличие опекуна (тел.)
Дата составления ИПР (ИПРа)
Диспансеризация (дата проведения)
С собой : очки, слух аппарат, ходунки, коляска, зуб протезы

Заполнить на всех 20 проживающих и подшить в папки
Ответственный по уходу назначает персонал, который заполняет эту часть информационно-титульного листа.
Постовая мс, специалист по социальной работе, психолог например, в состоянии собрать эту информацию



2. Оценка рисков

Дата проведения оценки	ФИО		Дата рождения
	Количество баллов/врачебное заключение		
	по Шкале Морсе (оценка рисков падения)	по Шкала Нортон (оценка риска развития пролежней)	Оценка риска возникновения контрактур

Шкалы заполняются мс или врачами

Оценка риска возникновения контрактур – заключение врача

В таблицу пишется количество баллов и дата контроля (каждые 3 мес. и по изменении состояния)

Подшиваем результат

Шкала риска возникновения пролежней (шкала Нортон)

Физическое состояние		Мышление		Активность		Подвижность		Недержание	
Хорошее	4	Ясное	4	Ходит без помощи	4	Полная	4	Нет	4
Удовлетворительное	3	Апатия	3	Ходит с помощью	3	Слегка ограниченная	3	Иногда	3
Плохое	2	В замешательстве	2	Прикован к инвалидному креслу	2	Очень ограниченная	2	Чаше отмечается недержание мочи	2
Очень плохое	1	Тупоумие	1	Лежачий	1	Полностью неподвижен	1	Чаше отмечается недержание мочи и кала	1

Интерпретация:

15-20 баллов – вероятность образования пролежней невелика

13-14 баллов– вероятно образование пролежней

1-12 баллов – высокая вероятность образования пролежней

Шкала риска падений (шкала Морсе)

Показатель	Баллы
Падение в анамнезе:	
• Нет	0
• Да	25
Сопутствующие заболевания (больше одного диагноза):	
• Нет	0
• Да	25
Имеет ли вспомогательное средство для перемещения:	
• Постельный режим / помощь санитарки	0
• Костыли / ходунки / трость	15
• Придерживается при перемещении за мебель	30
Проведение внутривенной терапии (наличие в/в катетера):	
• Нет	0
• Да	25
Оценка собственных возможностей и ограничений (ментальный/психический статус):	
• Адекватная оценка своих возможностей	0
• Переоценивает свои возможности или забывает о своих ограничениях	15
Функция ходьбы:	
• Норма / постельный режим / обездвижен	0
• Знает и понимает свои ограничения	0
• Слабая	10
• Нарушена	20

ЛИСТ ОЦЕНКИ РИСКА ПАДЕНИЯ

Шкала оценки риска падений:

0-4 балла – *нет риска*, рекомендуется тщательный основной уход

5-20 баллов – *низкий уровень*, рекомендуется тщательный основной уход

21-45 баллов– *средний уровень*, рекомендуется внедрение стандартизированных мер для профилактики падений

Более 45 баллов –*высокий уровень*, рекомендуется внедрение специфических мер, направленных на профилактику падений

Протокол падений

ФИО _____

Год рождения _____ № комнаты _____

Дата падения _____ Время падения _____ Место
падения _____

Кто обнаружил _____

Где обнаружили _____

В каком состоянии (в сознании, без сознания)

Версия падения персонала _____

Версия падения подопечного _____

Визуальный осмотр (наличие видимых повреждений)

Жалобы подопечного на болевые ощущения: да нет

Если «да»: локализация
боли _____

Характер боли (при движении, в покое, при прикосновении)

Принятые меры/время и дата (вызвали скорую помощь, госпитализация, сообщили
медицинскому персоналу, передали по смене о дальнейшем наблюдении, сообщили
директору, зафиксировали в бланке «дневник наблюдения») _____

Комментарии _____

Распечатать и
подшить.

Не будет падений-
остается пустой
бланк подшит

Будут падения-
заполнять и
новый пустой
дополнительно
подшивать

Шкала оценки боли

- **Цифровая рейтинговая шкала оценки боли**

Цифровая рейтинговая шкала оценки боли (для самооценки взрослых и детей старше 5 лет) состоит из десяти делений, где

0 - означает «боли нет»

10 - «боль невыносимая»

Специалист, оценивающий боль, должен объяснить что:

0 - боли совсем нет,

от 1 до 3 баллов - боль незначительная,

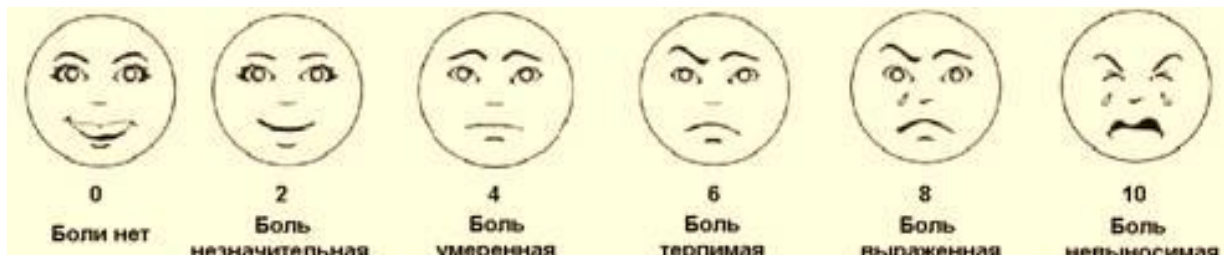
от 4 до 6 баллов - боль умеренная,

от 7 до 9 баллов - боль выраженная,

10 баллов - боль невыносимая

Проживающий должен **сам** оценить боль, выбрав числовое значение, которое соответствует интенсивности боли.

- **Оценка боли по шкале гримас Вонг-Бейкера**



Шкала гримас Вонг-Бейкера предназначена для оценки состояния взрослых и детей старше 3 лет.

Шкала гримас состоит из 6 лиц, начиная от смеющегося (нет боли) до плачущего (боль невыносимая).

Специалист, оценивающий боль, должен объяснить в доступной форме, какое из представленных лиц описывает его боль.

Оценка только при наличии боли или при подозрении о ее наличии *при наличии лицензии на мед. деятельность медицинский персонал, при ее отсутствии – психолог (специалист по социальной работе)*

КОНТРОЛЬ НАЛИЧИЯ БОЛЕЙ

Дата Время	Состояние боли по оценочной шкале	Локализац ия боли	Субъективна я оценка состояния (общее состояние)	Возникновение боли (в покое, при движении, прикосновении)	Что предпринят о	Результ ат	Подпис ь

Только при наличии боли и до ее
исчезновения/уменьшения

ДЕТСТВО И ЮНОСТЬ:

Когда умерли:

Сестры/братья:

К кому из членов семьи имеет особенную привязанность: _____

Место рождения, переезды:

Профессиональная деятельность (образование, место работы):

Семейное положение (женитьба, разводы, потери):

Дети (имена, даты рождения, где живут, живы/умерли):

Близкие люди (соседи, друзья)

Важные жизненные переживания (пережил войну, потеря близких, достижение успеха, жизненные удачи)

Контактность (раньше и сегодня)

Какие критерии особенно важны (аккуратность, точность, вежливость)

Принадлежность к религии (что важно соблюдать)

Ограничения зрения

Ограничения слуха

Любимая музыка

Любимые запахи

Правша/левша

Какую роль играет активность (спорт , участие в мероприятиях)

Отношение к близости (прикосновения желательны/не желательны)

О Ведение домашнего хозяйства О Хобби О Спорт

[О Домашние животные](#) [О Велосипедные прогулки](#)[О Путешествия](#)

Какие темы интересны (политика, кулинария, и т.д.)

- Какие средства массовой информации предпочитает: ☐ радио ☐ телевидение ☐ кино ☐ книги
- Коллекционирование: ☐ марки ☐ монеты ☐ камни ☐ не коллекционировал

ванна, душ) _____

Существует предпочтения (какие) _____

О холодная вода О теплая вода

Моющие средства _____

Крема, лосьоны О да (какие) _____ О нет

Как часто и чем чистил(а) зубы (протезы) _____

Как часто брился _____

Как ухаживал(а) за волосами _____

ОДЕЖДА: любимая вид одежды, цвет, карманы(есть/нет), украшения, часы и т.д.

ПИТАНИЕ, ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ:

Любимая еда _____

Любимые напитки _____

Культура за столом (использование столовых приборов, салфетки) _____

Телосложение раньше: О худой О плотный О полный О толстый

Падает ли вес в последнее время: О да О нет

Если да, то почему _____

ОТДЫХ И СОН:

В какое время ложился спать _____

В какой позе привык засыпать _____

Какую позу не воспринимает _____

Существуют ли ритуалы(музыка, второе одеяло для ног, ночник и т. д.) _____

Не выключать свет, засыпать под телевизор _____

Во сколько встает утром _____

Спит ли днем, если да, во сколько _____

От чего расслабляется: (тишина, музыка, природа) _____

ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Заполняется в тех случаях, когда это возможно

Заполнять может: специалисты по социальной работе; психолог; младший персонал; волонтеры; родственники; друзья.

По наблюдением при невозможности вербального общения

Подшивается в папку

1. Лист назначения
лекарственных препаратов
длительного (постоянного)
применения

2. Лист текущих врачебных
назначений, касающихся
ухода

Принимайте решение совместно с медиками

Покажите предложенный бланк, обсудите

Обсудите плюсы и минусы

Плюсы: возможность обратиться к документации в любой
момент

Возможные минусы: нежелание медперсонала (причины
найдут)

ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛИТЕЛЬНОГО (ПОСТОЯННОГО) ПРИМЕНЕНИЯ

[illegible]

ЛИСТ ТЕКУЩИХ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ

Дата Врач	Лекарственные препараты для перорального и инъекционного применения. Прочие назначения: режим, диета, подготовка к исследованиям, анализы, процедуры, консультации, указания младшему персоналу по особенностям оказаний социальных услуг	Форма (таблетки, растворы и т. д.)	Примечание (до/после – еды и т.д.)	Количество (шт./капель)				Дата отмены
				Утро	День	Вечер	Ночь	

Думайте, обсуждайте
Принимайте решение
Главное, не отрицайте автоматически

Витальные (жизненно-важные

показатели

На решение медицинского
персонала

Наличие такого бланка НЕ означает необходимости измерения жизненных показателей каждый день!

В случае ухудшений – измерения записываются в бланк

Персонал по уходу сообщает об изменившемся состоянии, записывает в дневнике наблюдений, что состояние ухудшилось и передано по смене мс. МС делает необходимые измерения, записывает результаты, при необходимости сообщает врачу, делает запись в дневнике наблюдений.

Контроль протекания лечения пролежней

Контроль лечения пролежней

Почему именно пролежни внесены в папку «История

ухода»?

Пролежень – ошибка ухода

Его лечение- комплекс мероприятий, в том числе и по

уходу

КОНТРОЛЬ ПРОТЕКАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ

Терапия, назначенная врачом: _____

Мероприятия при уходе: _____

Примечания: _____

Подпись: _____

Только при наличии
пролежней

Место фото	Дата возникновения:		Место возникновения:
			Локализация:
	Описание:		
			Окружение раны:
	Размер:		
	Цвет:		
	Запах:		Состояние кожных покровов:
	Секрет:		
Наличие болей:			

КОНТРОЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ

Дата, Время	Выполнение назначения врача	Наблюдения	Подпис ь

11. Контроль водного баланса

Только для проживающих, которые не в состоянии сами принимать жидкость

Кого поим- тому и записываем. Или по назначению врача

Хранится в непосредственной близости от проживающего (в его комнате), заполняется сразу по выполнению, подшивается по полному заполнению в папку «История ухода», новый кладется в комнату

12. Контроль дефекации

Всем, кому меняем подгузники. Всем лежачим.

Запись ведется только при наличии дефекации

Хранится в папке ухода, заполняется в день опорожнения

13. Контроль за изменением положения тела

Только тем, кто сам не в состоянии менять положение тела в постели

Кого позиционируем, тому и записываем

Хранится в непосредственной близости от проживающего (в его комнате), заполняется сразу по выполнению, подшивается по полному заполнению в папку «История ухода», новый кладется в комнату

Дневник наблюдений

Дата	Событие	Подпись

- Ведется всем персоналом, кто взаимодействует с проживающим
 - Записывается любое отклонение от плана ухода
 - Все экстренные ситуации
 - Вся важная информация
 - Любая информация о желаниях, жалобах и предложениях проживающего
- Разборчиво
 - Коротко
 - Без эмоций
 - Без умозаключений

Контроль ухода за проживающим Организация досуга, трудовой занятости и социализации

Заполним после составления индивидуального плана
ухода

По усмотрению (необходимости)

Например,

- Лист посещения знакомыми, родственниками (кто приходил, что принес, как настроение, что делали и тд)
- Лист алкогольных опьянений
- Лист с перечнем личной одежды
- Лист необходимой передачи информации врачу (посмотрите правую ногу, часто болит)
- И т.д.

К следующему вебинару по ИПУ, для его написания, в отношении 20
выбранных

проживающих необходимо: подшить в персональные папки «История

1. Информационно-титульный лист **подумать**
2. Оценка рисков **всем**
3. Биография **всем**
4. Лист назначения лекарственных препаратов **подумать**
5. Лист текущих врачебных назначений **подумать**
6. Дневник наблюдения
7. Контроль водного баланса **по необходимости**
8. Контроль наличия болей **по необходимости**
9. **Жизненные показатели**
10. **Жизненные показатели**
11. Контроль дефекации **по необходимости**
12. Контроль за изменением положения тела **по необходимости**
13. Контроль протекания лечения пролежней **при наличии**
14. Контроль лечения пролежней **при наличии**

**Обязательно параллельно
провести:**

Завести бланк росписи персонала в

ФИО	Должность	Сокращение	Подпись
Иванова Е.В.	Помощник	Ив	
Петрова Т.И.	Мед. сестра	Пт	

Распечатать профилактики и технологии

Начать знакомство персонала с техниками выполнения и правилами проведения профилактик

Постепенно

Записывать вопросы, возникшие в процессе чтения (создать вопросник) для дальнейшего обучения с тренерами (передавать тренерам)

В итоге, при полном понимании написанного и сдачи итогового теста по окончании обучения тренерами, должна стоять подпись персонала «ознакомлен»



20 папка-
скоросшиватель

22 руб.х20= 440
руб.



20х20= 400
ЛИСТОВ

Упаковка 500 листов=220
руб.

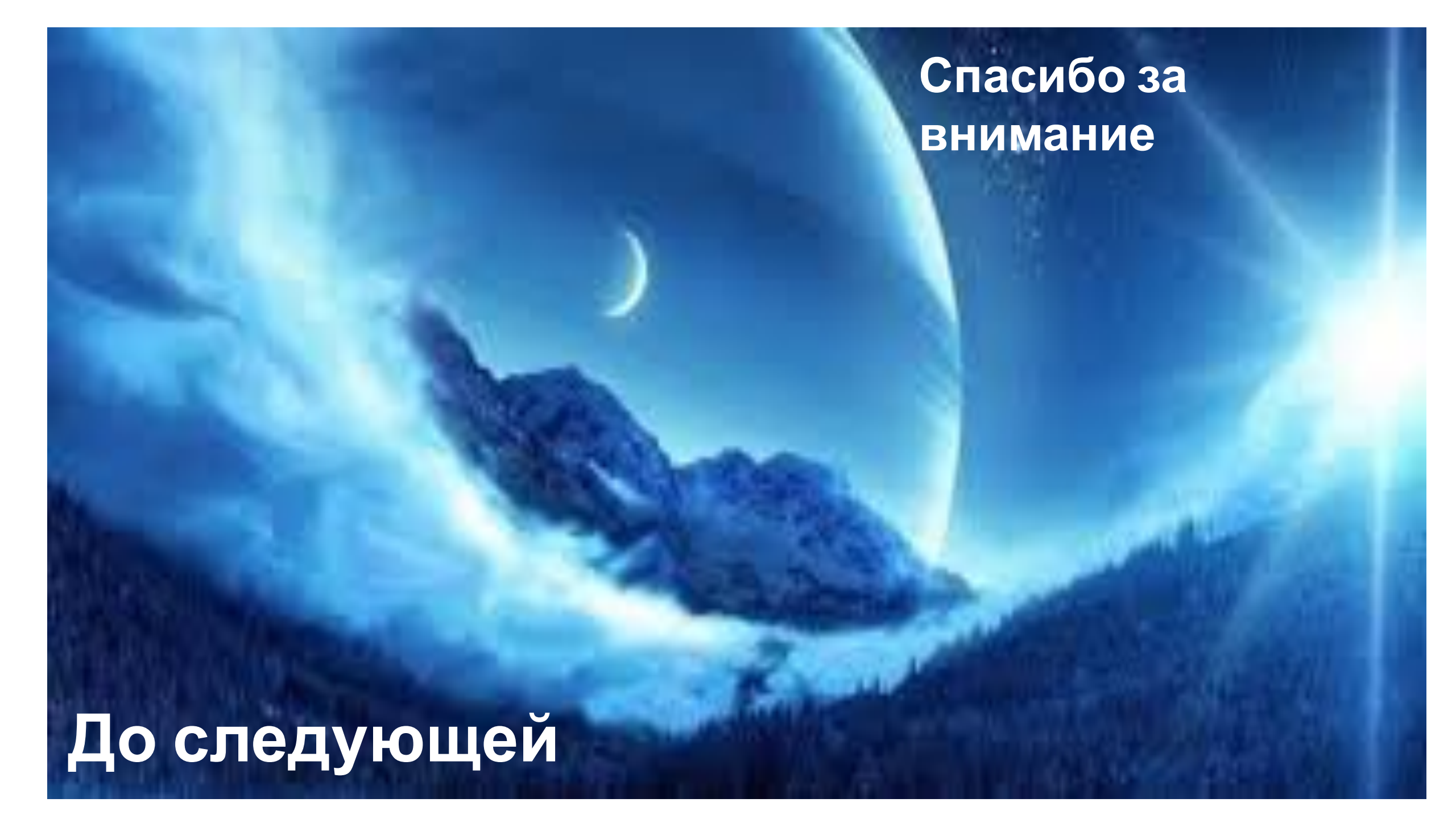


Принтер
чернила
Картридж – 500
руб.



440+220+500= 1160 руб.

Чернил хватит еще на следующие
папки
100 листов использовать для
распечатки профилактик и технологий

A surreal landscape with a large, glowing blue sphere, a crescent moon, and a rainbow over a dark forest.

**Спасибо за
внимание**

До следующей