

История болезни в ОРИТ



Медицинская карта стационарного пациента является юридическим документом, поэтому все записи в ней должны быть чёткими, легко читаемыми.

30.01.16 Ибрагимови эйрули Вама
Синдром не латентно прогрессирующей
3 степени артериальной гипертензии
Экстрасистолия, мерл ритм
дислипидемия, сахарный диабет 2 типа
Ожирение 3 степени
Алкоголизм
Результаты: гемоглобин 108
г/л, холестерин 6/6 кон, триглицериды
3/4 г/л, креатинин 109 мкмоль/л
и мочевина 11,7 ммоль/л
и креатинин 109 мкмоль/л
и мочевина 11,7 ммоль/л

Паспортная часть

- При поступлении пациента сотрудники **приёмного отделения** записывают паспортные данные на лицевой стороне медицинской карты. Все строки первой и второй страницы истории болезни должны быть заполнены (отмечены).
- Медицинская карта должна содержать **дату и точное время** обращения в приемный покой, госпитализации, выписки, смерти пациента.
- Данные о группе крови, резус-факторе, непереносимости лекарственных препаратов заносятся лечащим (принимающим) врачом при первом осмотре пациента, за исключением тех случаев, когда эти данные получить невозможно.

Информированное согласие

- Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина, которое оформляется в письменном виде по установленному порядку и подписывается пациентом.
- В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением администрации лечебного учреждения, подтверждая записью в медицинской карте

Особенности ведения медицинской карты в ОРИТ

При поступлении пациента в ОРИТ принимающий врач **кратко** описывает состояние пациента с указанием диагноза или ведущего синдрома, планируемого лечения.

Шаблоны...

- «Пациент поступил в ОАиР №... на лежачей/сидячей каталке в сопровождении мед. персонала»
- «Состояние тяжёлое (как минимум) /крайне тяжёлое, обусловлено ...»
- НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС!
 - «В сознании, доступен продуктивному контакту»
 - «Дезориентирован, некритичен, агрессивен»
 - «Сознание угнетено до сопора/комы ... степени»
 - «Желобница ...»

Шаблоны...

- «Кожа, видимые слизистые» (цвет, наличие цианоза, отёков, гематом, ссадин, рубцов, грыжевых выпячиваний, пролежней)
- «Дыхание спонтанное с ЧДД .../ На фоне явлений дыхательной недостаточности (acroцианоз, тахипноэ до ..., снижение SpO2 до ..%) выполнена интубация трахеи (ИТ №..., с первой попытки, б/о), начата респираторная поддержка в режиме ...»
- «Аускультативно:» + SpO2 после интубации или на фоне инсуффляции увл. O2 (л/мин)
- Гемодинамически стабилен/нестабилен (если назначена инотропная поддержка – указывается здесь)
- «Тоны сердца ... (обязательно указание на ФП!)»
- «АД:..., ЧСС: ...»

Шаблоны...

- «Язык... Живот Перистальтика...»
- «Установлен периферический (центральный) венозный / уретральный катетер / назогастральный зонд». Если моча или содержимое желудка вызывают «подозрения» – описывать ЗДЕСЬ.
- «Лечение – согласно процедурному листу:...» ИКТ, а/б, гемотранфузии, эластическое бинтование н/к!!!...
- «Мониторинг. Общий уход»
- «На консультацию вызваны»

Обязательно внесение данных пациента в ЖУРНАЛ ДВИЖЕНИЯ



Формирование листа назначений

№

Лаб. контроль:

ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЙ ПИТнР № 5

.....2016г.

Ф.И.О. _____, возраст _____

Диагноз: _____

Назначения	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8
Энтерально:																								
АД																								
Пульс																								
ЦВД																								
Температура:																								
Диурез																								

Врач ОАП № 5 _____ Врач ОАП № 5 _____

Лист назначений

- Обязательно указываются сутки а/б терапии
- **ОБЯЗАТЕЛЬНО** указывать путь введения лекарственных средств
- Препараты для седации **ДОЛЖНЫ** быть указаны в процедурном листе, даже если они не списываются в наркотический лист
- Антибиотики, в/в инфузия, гипотензивные препараты должны

Приклеенные в начале
истории шаблоны предоставят
место для вклеивания
анализов

Клеить анализы «в одну кучу»
– верх неуважения к себе и
своим коллегам!!

На одном листе – не более 2-х групп анализов!!!

Общий анализ крови (норма)		
Показатель	Взрослые женщины	Взрослые мужчины
Гемоглобин	120—140 г/л	130—160 г/л
Эритроциты	$3,7—4,7 \times 10^{12}$	$4—5,1 \times 10^{12}$
Цветовой показатель	0,85—1,15	0,85—1,15
Ретикулоциты	0,2—1,2%	0,2—1,2%
Тромбоциты	$180—320 \times 10^9$	$180—320 \times 10^9$
СОЭ	2—15 мм/ч	1—10 мм/ч
Лейкоциты	$4—9 \times 10^9$	$4—9 \times 10^9$
Палочкоядерные	1—6%	1—6%
Сегментоядерные	47—72%	47—72%
Эозинофилы	0—5%	0—5%
Базофилы	0—1%	0—1%
Лимфоциты	18—40%	18—40%
Моноциты	2—9%	2—9%

Тромбиновое время	11-18 секунд
Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)	17-20 секунд
Фибриноген	6 г/л
Протромбин	78-142%

Ведение дневников

- Режим «экономии лесных ресурсов» и отсутствии в ИБ «белых пятен» (распечатывание на обратной стороне процедурного листа, заключений МСКТ и т.д.)
- В ОРИТ дневники записывают дневной реаниматолог и дежурные врачи **не реже трех раз в сутки** (8.00-16.00, 16.00-00.00, 00.00-08.00). Записи в дневниках должны отражать динамику состояния пациента и важнейших показателей жизнедеятельности организма.

Состояние пациента/пациентки: тяжёлое/крайне тяжёлое, обусловлено _____

Сознание: ясное/оглушение умеренное/оглушение глубокое/сопор/ кома I/ кома II/ кома III. По ШКГ: _____ баллов.

Ориентация: в пространстве, времени и собственной личности – сохранена/нарушена _____

Зрачки: D: S, узкие/средней величины/широкие; фотореакции: сохранены/снижены D: S.

Корнеальный рефлекс: сохранён, снижен, отсутствует D: S.

Движения глазных яблок: в полном объёме, ограничены _____

Нистагм: нет/горизонтальный/вертикальный/мелкокациберный/крупнокациберный в крайних отведениях.

Лицо (эксиметрично): сглажена носогубная складка D: S, ниже угол рта D: S, оценить сложно ввиду интубации.

Язык: по средней линии, с deviation D: S, в полости рта.

Глотание: не нарушено, дисфагия (лёгкая, умеренная, грубая).

Речевые нарушения: нет/дизартрия (лёгкая, умеренная, выраженная, асардрия) / афазия (моторная, сенсорная, тотальная, лёгкая, умеренная, выраженная).

Объём движений: в руках полный/плегия/парез: лёгкий/умеренный/выраженный D: S, с регрессом. / в ногах полный/плегия/парез: лёгкий/умеренный/выраженный D: S, с регрессом.

Ригидность мышц затылка: нет/незначительная/умеренная/выраженная.

Кожный покров и видимые слизистые: бледно-розовые/бледные/диффузный цианоз/акроцианоз.

Трофические нарушения: нет, есть _____

Температура: в пределах нормы/субфебрильная/гипертермия до _____

Дыхание: самостоятельное с ЧД= _____ в/мин, SpO₂= _____ % при инсуффляции увлажнённого кислорода. / респираторная поддержка через ИТ/ТСТ аппаратом ИВЛ Dx Savina Dx Evita в режиме IPPV/SIMV/БРАП

При аускультации в лёгких дыхание: везикулярное, жёсткое, проводится во все отделы, ослаблено D: S в задних отделах, хрипы (не) выслушиваются. / SpO₂= _____ %

Саваша ТБД: (не) проводится; саваша ротоглотки (не) проводится: мокрота: слизистая/слизисто-гнойная/гно-минимальное/умеренное/большое количество.

Тоны сердца: ясные, приглушены, (аритмичные (по кардиомонитору ритм синусовый, ФП).

АД _____ ЧСС _____

Язык: влажный, сухой, чистый, обложен. Живот при пальпации: мягкий, напряжён, (безболезненный).

Перистальтика (не) выслушивается.

Коррекция рН: ос, через НГЭ.

Инфузионная терапия _____

Диурез: самостоятельный по уретральному катетеру, достаточный/со стимуляцией _____

Лечение: продолжено по процедурному листу, мониторинг, общий уход.

06.09.2016	00.00-08.00	Врач ОАиР №5
Состояние пациента за период наблюдения: крайне тяжёлое, обусловлено прежними причинами.		
Уровень сознания: кома I. По ШКГ: 7-8 баллов.		
Глаза: не открывает. На вопросы: не отвечает.		
Команды: не выполняет, на боль - нелокализованная реакция. Барбитуровая защита тиопентал 100 мг/ч.		
Зрачки: D<S, P3C: ABS. Нистагм: нет. Глазодвигательные нарушения: разностояние по вертикали.		
Бульбарные нарушения: выраженные. Менингеальные знаки: нет.		
Движения в конечностях: квадрипарез.		
Кожа: бледные, периферический кровоток снижен. Иктеричность склер.		
Температура: °С. Респираторная поддержка A16.09.011. A16.09.011.004.		
ИВЛ через ИТ аппаратом "NewPort e360" в режиме SIMV: PEEP: 4, FIO2: 0,55, Vt: 610, f: 12, Pspup: 20		
Аускультативно: с жестким оттенком, проводится во все отделы, ослаблено в н/б, хрипы проводные.		
Тоны сердца: ритмичные, ясные. Поддержка норадреналином V= 0,12 мкг/кг/мин в/в.		
АД:	мм.рт.ст.	SpO ₂ : %
ЧСС:	в минуту.	ЦВД:
Язык: влажный, живот не вздут, при пальпации: мягкий, безболезненный.		
Перистальтика: выслушивается.		
В/в инфузия:	мл.	
Энтерально:	мл.	
Диурез:	мл.	Глюкоза крови: ммоль/л.
Проводится ИКТ, эластическая компрессия вен нижних конечностей, лечение позиционированием, мониторинг, уход.		
Вр.: Лихолетова Н.В.		Вр.: Баганов М.В.

Ведение дневников

- При ухудшении состояния, возникновении жизнеугрожающих ситуаций (дислокация трахеостомы, обструкция ИТ и др.) количество дневниковых записей НЕ НОРМИРОВАНО.

Наркотический лист

- Дата и точное время

«С целью обезболивания / седации / синхронизации с аппаратом ИВЛ / барбитуровой защиты ГМ назначено и сделано в моём присутствии:

Sol. Morhini 1% - 1,0 (одна ампула)

в/в дробно / в/в / в/м

Врач: Ф.И.О. (подпись)»

- Под вашей записью – запись м/с
- Наркотики лучше списывать сразу, чтобы никто не успел написать ничего лишнего в том месте, где должна быть запись.

Трахеостома

- Обоснование: «Ввиду бесперспективности экстубации трахеи в ближайший период времени, необходимости продлённой ИВЛ, наличия грубых бульбарных нарушений пациенту показано наложение трахеостомы. Согласие на манипуляцию оформлено консилиумом.

Трахеостома

Приложение N 6
к приказу ГБУЗ «ИОКБ»
от 2013 г. №

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Иркутская область «Знак Почета» областная клиническая больница

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____, ознакомлен (а)
с правами пациента, предусмотренными ст. 13, 19, 20 ФЗ от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об
основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 18, 20 – 22, 28, и 41 Конституции
Российской Федерации.

Будучи полностью осведомлен (а) о своем заболевании и об опасностях, которые оно
создает для моего здоровья и жизни:

1. _____ Глубокий неврологический дефицит _____
2. _____ Летальный исход _____
3. _____
4. _____

руководствуясь разъяснениями анестезиолога-реаниматолога ОАиР № 5
о сути медицинского вмешательства, современных методах лечения и профилактики заболевания,
перспективах и результатах вмешательства, возможных осложнениях, методах, результатах и
коррекции, выражаю осознанно свое согласие на медицинское вмешательство:

трахеостомию

С возможными исходами:

коррекции, выражаю осознанно свое согласие на медицинское вмешательство:

трахеостомию

С возможными исходами:

1. кровотечение, гемо- и пневмоторакс
2. аспирация желудочного содержимого
3. перфорация задней стенки трахеи
4. подкожная эмфизема
5. стеноз трахеи
6. трахео-пищеводный свищ
7. инфекционные осложнения
8. остановка дыхания и сердечной деятельности

Пациент дать согласие не может ввиду тяжести состояния. Консилиум в составе врачей
анестезиологов-реаниматологов:

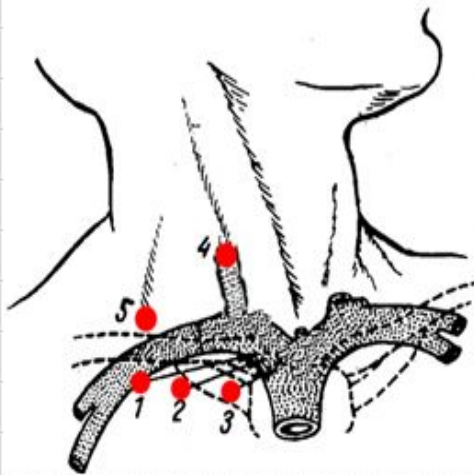
- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Дата _____

Центральный венозный катетер

___ / ___ / 2016 ___ : ___

Протокол постановки центрального катетера



С целью обеспечения адекватной инфузионной терапии, контроля центральной гемодинамики, в связи с невыраженностью периферических вен, в асептических условиях, под МИА Sol. _____ % - _____, пунктирована и катетеризирована *v.subclavia / jugularis int. dextra / sinistra* без технических трудностей.

С техническими трудностями: _____

Катетер заведен на глубину _____ см.

Гемо-аускультативный контроль: ретроградный ток крови не / достаточный, дыхание проводится бипульмонально, равномерно / ослаблено _____

Катетер фиксирован к коже лигатурами. Асептическая наклейка.

1 - точка Вильсона

2 - точка Абаниака

3 - точка Джилеса

4 - центральный доступ *v.jug.int*

5 - точка Иоффе

Пункция *v.subclavia / jugularis int. dextra / sinistra* **неудачна** в связи с пункцией артерии / анатомическими особенностями / _____

Асептическая наклейка на место пункции.

Вр.: _____

СЛР (протокол)

ПРОТОКОЛ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

Дата "___" ___ 201__ г. ___ час ___ мин.

Место проведения _____

Реанимационная бригада в составе _____

Анамнез _____

Остановка сердечной деятельности наступила в ___ ч ___ м / неопределенное время

Время начала СЛР: _____ (мм:ss:cc)

Данные первоначального осмотра:

Сознание отсутствует _____

Зрачки широкие/узкие/средней величины _____ Фотореакция хуже/вняла/отсутствует

Кожные покровы: обычной окраски/бледные/цианотичные; сухие/влажные холодные/теплые

Дыхание: периодическое/отсутствует/ИВЛ

Пульсация на сонных артериях есть/нет

Данные ЭКГ: асистолия/ФЖ/электро-механическая диссоциация/нет данных/другое

Характер реанимационных мероприятий до осмотра _____

Реанимационные мероприятия:

ИВЛ мешком Амбу через маску / эндотрахеальную трубку / рот в рот / рот в нос

Интубация трахеи на ___ минуте реанимации через рот/нос, трубка ___ мм.

особенности интубации _____

Массаж сердца осуществлялся непрямым/прямым методом

Переклещивающий удар на ___ минуте реанимации / не применялся

Вакуумные пробы _____ / не проводились

Электростимуляция

Минута	Разряд, Дж	Данные ЭКГ после разряда

Введение лекарственных средств

Минута	Препарат	Доза	Путь введения
	<u>Sol. Adrenalini hydrochloricis 0.1%</u>		
	<u>Sol. Atropini sulfatis 0.1%</u>		
	<u>Sol. Natrii bicarbonatis 4%</u>		

Течение сердечно-легочной реанимации:

Исход реанимационных мероприятий:

Сердечная деятельность восстановлена на ___ минуте. ЧСС ___ в мин / не восстановилась.

Данные ЭКГ ___ Артериальное давление ___ и ___ мм рт. ст.

Пульсация на магистральных артериях _____

Фотореакция зрачков появилась на ___ минуте от начала реанимации / не появилась

Первая инспираторная попытка на ___ минуте от начала реанимации / не отмечено

Восстановление сознания на ___ минуте от начала реанимации / не произошло

Течение раннего постреанимационного периода:

Биологическая смерть

была констатирована ___ 200__ г. в ___ ч ___ мин после ___ минут

безуспешных реанимационных мероприятий.

Осложнения сердечно-легочной реанимации

Врач _____

Констатация смерти

- «Состояние – с отрицательной динамикой. Кома 3. Атония. Арефлексия. Двусторонний мидриаз. В 23.12 – брадикардия с ЧСС 30-25 уд/мин с переходом в асистолию. АД, SaO₂ – не определяются. Состояние расценено как клиническая смерть. Начаты реанимационные мероприятия на фоне продолжающейся ИВЛ (FiO₂ – 100%)(см. протокол). В течение 30 минут – реанимационные мероприятия – без эффекта: восстановления сердечной деятельности не произошло. В 23.42 констатирована биологическая смерть».

Констатация смерти

Приложение 2
к приказу ГБУЗ «ИОКБ»
№ 151 от 17.03.2015 года

ПРОТОКОЛ УСТАНОВЛЕНИЯ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА

Протокол установления смерти человека

Я, _____
(ф.и.о.)

_____ (должность, место работы)

констатирую смерть _____
(ф.и.о. или не установлено)

дата рождения _____
(число, месяц, год или не установлено)

пол _____
(номер медицинской карты стационарного больного)

Реанимационные мероприятия прекращены по причине (отметить
необходимое):

- констатации смерти человека на основании смерти головного мозга;
- неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 минут;
- отсутствия у новорожденного при рождении сердечной деятельности по истечении 10 минут с начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

Реанимационные мероприятия не проводились по причине
(отметить необходимое):

- наличия признаков биологической смерти;
- состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью.

Дата _____
(день, месяц, год)

Время _____

Подпись _____ Ф.И.О. _____

Следить в динамике

- Анализы – два раза в неделю, при отсутствии прямых показаний (ятрогенная анемия!!!)
- ЭКГ – 1 раз в неделю
- Рентген – 1 раз в неделю
- МСКТ, МРТ, УЗИ, дорогостоящие обследования – по строгим показаниям!!!

Следить в динамике

- Консилиумы и обходы должны быть зафиксированы в ИБ и **подписаны з/о!**
- Следить за хирургами (т.е., за их дневниками!!!)
- Подсчёт баланса, коррекция нутритивной поддержки, ВЭБ, КЩС, смена режима вентиляции, отлучение от аппарата ИВЛ, транспортировки на КТ, плановые переинтубации...