

# 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  
Смерть от каминь недомоган  
3 адамун амбуланс  
Эрми Эрму от во/с/оме  
Приступил к лечению  
днем до 10:00 - сирмак мароне  
Помогать сирмак мароне  
Амбуланс бранис  
Решено: амбуланс от  
4 амбуланс 0/0 кон 1/10 до  
3/10 до 1/10 до  
4/10 до 1/10 до  
1/10 до 1/10 до 1/10 до 1/10 до  
1/10 до 1/10 до 1/10 до 1/10 до

# 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 запись 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





# 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 \_\_\_\_\_, зрачки средней величины/широки; фотореакции: сохранены/снижены D \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_.

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

Движения глазных яблок: в полном объёме, ограничены \_\_\_\_\_

Нистагм: нет/горизонтальный/вертикальный/мелкокапиллярный/крупнокапиллярный в крайних отведениях.

Лицо (эксиметрично): симметрично/асимметрично: складка D \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_, носогубная складка D \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_, угол рта D \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_, оценить сложно ввиду интубации.

Язык: по средней линии, с девиацией D \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_, в полости рта.

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

Речевые нарушения: нет/дизартрия (лёгкая, умеренная, выраженная, асардизма) 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, SpO<sub>2</sub>= \_\_\_\_\_ % при инсуффляции увлажнённого кислорода. респираторная поддержка через ИП/ТСТ аппаратом ИВЛ D<sub>1</sub> Savina D<sub>2</sub> Evita в режиме IPPV/SIMV/BIPAP.

При аускультации в лёгких дыхание везикулярное, жёсткое, проводится во все отделы, ослаблено D \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_ в задних отделах, хрипы (не) выслушиваются \_\_\_\_\_ SpO<sub>2</sub>= \_\_\_\_\_ %

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 НГЗ \_\_\_\_\_

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, PЗС: ABS. Нистагм: нет. Глазодвигательные нарушения: разностояние по вертикали.		
Бульбарные нарушения: выраженные. Менингеальные знаки: нет.		
Движения в конечностях: квадрипарез.		
Кожа: бледная, 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 <sub>2</sub> : %.		
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:

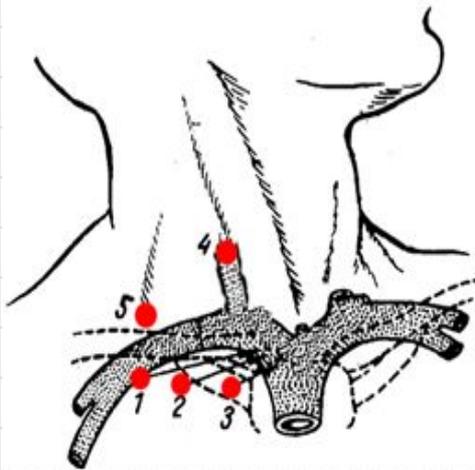
- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

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.: \_\_\_\_\_



# 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, SaO<sub>2</sub> – не определяются. Состояние расценено как клиническая смерть. Начаты реанимационные мероприятия на фоне продолжающейся ИВЛ (FiO<sub>2</sub> – 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...