

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
Учреждение здравоохранения
Филиал № 6
Наименование лечебного учреждения
Утверждена 16. VII. 19
История болезни
Клинический диагноз
Фамилия
Имя
Отчество
Диагноз подтвержден
Тираграфия изд. "Московская правда"



дела

PATIENT MEDICAL HISTORY
1. Patient's Name
Social Security Number
Birth
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
☐ Asthma
☐ Kidney / Bladder problems
☐ Stroke
☐ Sinus problems
☐ Seasonal allergies
☐ High blood pressure
☐ Lung problems
☐ Arthritis
☐ Liver problems
☐ Headaches
☐ 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 широким 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: Питъевой режим:				
1. Тел.		Прием пищи: самостоятельно при помощи кормление персоналом				
Группа типизации /дата		Питъевой 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,

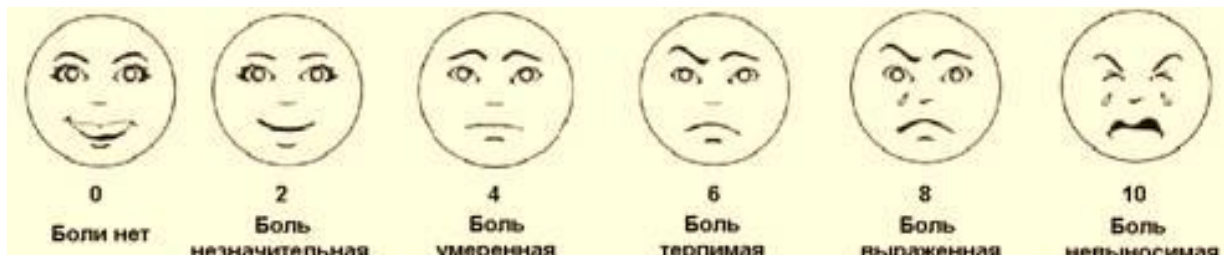
от 4 до 6 баллов - боль умеренная,

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

3. Биографический

ДЕТСТВО И ЮНОСТЬ:

Родители: _____

Когда умерли: _____

Сестры/братья: _____

К кому из членов семьи имеет особенную привязанность: _____

Место рождения, переезды: _____

ПРОФЕССИЯ И СЕМЬЯ:

Профессиональная деятельность (образование, место работы): _____

Семейное положение (женитьба, разводы, потери): _____

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

Близкие люди (соседи, друзья)

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ:

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)

ВОСПРИЯТИЕ ОКРУЖЕНИЯ:

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)

ЗАНЯТОСТЬ: чем занимался с удовольствием раньше

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 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:		
	Размер:		Окружение раны:
	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.

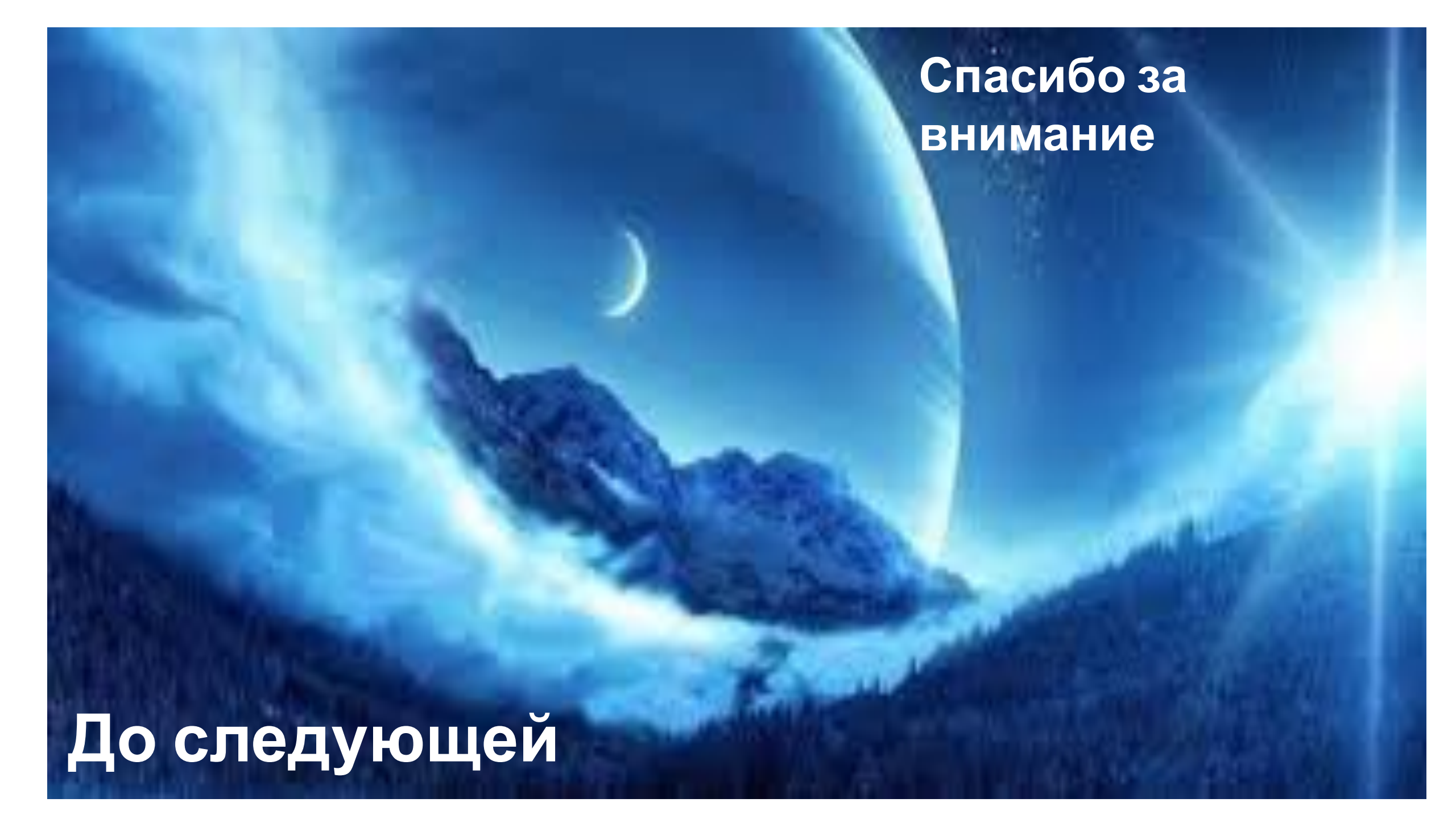


Принтер
чернила
Картридж – 500
руб.



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