

Центр ПМСП КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова  
Карта осмотра пациента средним медицинским работником

Дата осмотра «\_\_\_» 2014 г.

/первичный, повторный/

Ф.И.О. пациента

Факультет, курс:

Возраст (дата рождения): \_\_\_\_\_

Место учебы:

Пол: муж, жен.

Рост: \_\_\_\_\_

Вес: \_\_\_\_\_

Индекс Кетле: \_\_\_\_\_ вес, кг/(рост, м)<sup>2</sup>

АД: \_\_\_\_\_

t тела: \_\_\_\_\_

Флюорография: \_\_\_\_\_

Микрореакция: \_\_\_\_\_

Дефицит массы тела	Менее 18,5
Нормальная масса тела	18,5-24,9
Избыточная масса тела	25,0-29,9
Ожирение I степени	30,0-34,9
Ожирение II степени	35,0-39,9
Ожирение III степени	40,0 и более

Жалобы:

<b>Анамнез жизни:</b>			
<b>Где родился, как рос и развивался</b>			
<b>Наследственность</b> (чем страдают ближайшие родственники, если умерли от чего)			
<b>Перенесенные заболевания:</b>			
<b>Туберкулез:</b> да      нет _____ г.	a) кашель в течение 2-х месяцев:	Да	Нет
	б) субфебрильная температура тела:	Да	Нет
	г) снижение массы тела:	Да	Нет
	в) кровохарканье:	Да	Нет
	д) ночная потливость:	Да	Нет
<b>Вирусный гепатит:</b> да      нет _____ г.	а) желтуха в анамнезе:	Да	Нет
	б) повышение температуры тела:	Да	Нет
	в) кожный зуд:	Да	Нет
	г) потемнение мочи:	Да	Нет
	д) обесцвечивание кала:	Да	Нет
<b>Венер.заболевания:</b> да      нет _____ г.	а) половая жизнь:	Да	Нет
	б) контрацепция:	Да	Нет
<b>Гинекологический анамнез:</b>	тmensis (не)регулярные	Да	Нет
	Дата последней менструации:	«__» ____ 201_г.	
<b>Операции, травмы:</b>		Да	Нет

<b>Факторы риска:</b> да      нет _____ г.	Алкогольные напитки	Да	Нет
	Курение	Да	Нет
	Наркотические средства	Да	Нет
<b>Аллергологический анамнез</b>	Реакция на пищевые продукты	Да	Нет
	Реакция на лекарственные средства	Да	Нет
<b>Эпиданамнез:</b>	Контакт с больными людьми и животными	Да	Нет
	Географический анамнез (куда выезжал из этой местности):	Ля	Нет
	Социально-бытовые условия - благоустроенное жилье	Да	Нет
	Пищевой анамнез (где питается, что употребляет в течение суток)		
<b>Получал ли в ближайшие 6 месяцев манипуляции, операции, переливание крови, лечение зубов</b>		Да	Нет

**Анамнез заболевания:**

<b>Когда началось заболевание</b>	
<b>С чего началось заболевание</b> (причины, начальные симптомы):	
<b>Как протекало заболевание:</b>	
<b>Лечение и его эффективность</b> (как часто было обострение хронического заболевания, где и чем лечился, помогало ли проводимое лечение)	
<b>Проводимые исследования</b> (перечислить какие методы исследования были проведены пациенту)	
<b>Лабораторные:</b>	ОАК ОАМ Б/х анализ крови Микрореакция крови
<b>Инструментарные:</b>	ЭКГ УЗИ Рентген Флюорография КТ (МРТ)

## Объективное обследование (осмотр пациента):

<b>Состояние:</b>	Удовлетворительное	Средней тяжести	Тяжелое
<b>Речь:</b>	Обычная	Нарушенная	Отсутствует
<b>Слух:</b>	Нормальный	Снижен	Отсутствует
<b>Зрение:</b>	Нормальное	Нарушено	отсутствует
<b>Сознание:</b>	Ясное	Спутанное	отсутствует
<b>Кожные покровы</b>		Чистые	Высыпания
Цвет	Обычной окраски	Цианоз	Желтушность
<b>Отеки</b>		Да	Нет
<b>Дефекты (рубцы)</b>		Да	Нет
<b>Число дыхательных движений:</b>			
В легких дыхание	Прослушивается	Ослабленное	Затрудненное
<b>Характер одышки:</b>	Экспираторная	Инспираторная	Смешанная
<b>Наличие кашля</b>		Сухой	Влажный

Наличие мокроты		Да	Нет
Характер мокроты	Гнойный	Серозный	С кровью
Наличие хрипов:		Да	Нет
Тоны сердца		Ясные	Приглушены
Частота сердечных сокращений (пульс):			
АД на правой руке	Понижено	Норма	Повышено
АД на левой руке	Понижено	Норма	Повышено
Деформация скелета (искривление позвоночника):		Да	Нет
Деформация суставов:		Да	Нет
Аппетит:	не изменен	Снижен	Повышен
Глотание:		не затруднено	затруднено
Рвота:		Да	Нет
Живот:	Мягкий	Безболезненный	Болезненный
Стул:	Не изменен	Изменен	Жидкий
Мочеиспускание:	Свободное	Затрудненное	Болезненное

## Сестринский диагноз:

### Проведенный объем обследования на сестринском уровне:

	Дата проведения	Результат
ОАК		
ОАМ		
Микрорекция		Результат:
Б/х анализ крови		АЛТ АСТ Билирубин Сахар крови
Флюорография		Заключение:
ЭКГ		Ритм: синусовый ЭОС: ЧСС: Гипертрофия:

### Рекомендации:

1. Диета:
- 2.
- 3.
4. Явка на прием: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2014 г.
- 5.

Направлен на осмотр к врачу общей практики: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача

Ф.И.О. среднего медицинского работника: \_\_\_\_\_