

СГМУ
Кафедра инфекционных болезней
с курсом детских инфекций

ПРАВИЛА НАПИСАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ И УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

2010г.

ПРАВИЛА ЗАПОЛНЕНИЯ *КЛИНИЧЕСКОЙ* ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО (для студентов)

Клиническая история болезни заполняется на каждого стационарного больного имеет номер, содержит:

1. Титульный лист:

- Паспортные данные пациента (ФИО, Пол, Возраст - полных лет, для детей до 1 года – месяцев, до 1 месяца - дней).
- Адрес
- Дата и время поступления
- Дата и время выписки
- Место работы, профессия или должность (для детей название ДДУ, школы).
- Кем направлен больной.
- Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет, через ___ часов после начала заболевания.
- Диагноз врача направившего учреждения
- Диагноз врача приемного отделения
- Клинический диагноз
- Диагноз заключительный клинический (основной, сопутствующий, осложнения)

2. Запись врача приемного отделения:

1) Жалобы: на момент поступления

2) Анамнез заболевания: в нем необходимо четко отразить время начала заболевания (дата и час), характер развития (острое или постепенное), последовательность появления симптомов и синдромов, их выраженность, высоту и продолжительность лихорадки. Указать срок обращения за медицинской помощью (какой диагноз поставил участковый педиатр), рекомендуемое обследование и лечение, причину направления в стационар (нет улучшения, ухудшение по тяжести состояния, социальный фактор).

Эпидемиологический анамнез: отметить время контакта с инфекционными больными, лихорадящими больными и больными экзантемными заболеваниями в семье и детских коллективах. Выявить погрешности в диете (употребление накануне заболевания недоброкачественных продуктов питания, не кипяченой воды, грязных овощей и фруктов, консервированных соков, овощных и фруктовых пюре, йогуртов, молочных продуктов и т.д.), купание в открытых водоемах. При подозрении на вирусные гепатиты В и С отразить все манипуляции на протяжении последних 6 месяцев. Отметить наличие других случаев заболевания в коллективах, уточнить прививочный анамнез. Указать условия проживания ребенка (благоустроенное или неблагоустроенное жилье, наличие централизованного водоснабжения, печного отопления и т.д.) Наличие выезда ребенка за рубеж или места отдыха (на период предполагаемого инкубационного периода).

3) Анамнез жизни: для детей раннего возраста он начинается с *акушерского анамнеза*, с указанием, от какой по счету беременности и родов ребенок, о течении настоящей и предшествующих беременностей и родов. Выяснить, родился ли ребенок доношенным или недоношенным, отметить массу и длину тела при рождении, его состояние (закричал сразу или нет), когда приложен к груди, сроки выписки из родильного дома или перевода в специализированное отделение. Указывается срок грудного вскармливания. Отразить *НПР и ФР* ребенка.

Подробно отразить сведения о *перенесенных заболеваниях*, сроках, тяжести, где лечился.

Находится ли ребенок на *диспансерном наблюдении* (причина).

Перечислить сроки проведения *профилактических прививок*.

Отметить *аллергический анамнез* (отразить наличие повышенной чувствительности к прививкам, медикаментозным препаратам, пищевым продуктам).

Наследственный анамнез.

4) Данные объективного исследования: запись начинается с оценки общего состояния (крайне тяжелое, тяжелое, средней тяжести, удовлетворительное) и самочувствия больного. Указать, с чем связана тяжесть состояния (с-м токсикоза с эксикозом, с-м интоксикации и т.д.). Затем производится описание состояния по органам и системам: кожа, подкожная клетчатка, лимфатическая система, костно-суставная и мышечная системы, система органов дыхания и сердечно-сосудистая система, органы пи-

щеварения, мочевыделительная система и неврологический статус, оцениваются менингеальные симптомы, описывается стул, моча.

5) Предварительный диагноз – указывается предположительная этиология заболевания (без указания степени тяжести)

6) Назначается обследование и лечение (включая режим и диету) с указанием доз препаратов – в листе назначений

После госпитализации ребенка в палату, его осматривает лечащий врач совместно с заведующим отделением и делает запись в истории болезни, которая называется

3. Первичный осмотр в отделении (см. схему). Первичный осмотр включает те же разделы что и осмотр врача приемного отделения. Собирают жалобы на момент поступления и на момент осмотра лечащим врачом. Анамнез заболевания записывается от начала заболевания до момента начала курации лечащим врачом. План обследования и лечения завершает первичный осмотр.

4. Дневники (см. схему) Дневник: ведется ежедневно. На поля выносятся дата (тяжелым больным — час осмотра), температура, частота сердечных сокращений, дыхания, при необходимости величина АД, прибавки массы. Перед записью выставляется день болезни, день госпитализации (5-й день болезни, 4-й день госпитализации). Дневник начинается с оценки тяжести состояния, жалоб больного. Кратко пишется анамнез за прошедшие сутки. Отмечается наличие интоксикации, аппетит, нарушения сна, стула, динамика симптомов. Затем отражается динамика патологических изменений по органам и системам. В конце дневника делается *заключение по полученным результатам клинических, биохимических, бактериологических, серологических исследований*. Обосновывается отмена и назначение лекарственных препаратов.

5. После получения необходимых клинических и лабораторных данных устанавливается **клинический диагноз и проводится его обоснование (см. схему)**.

Клинический диагноз содержит указание этиологии, топика поражения и степени тяжести заболевания.

Устанавливается на основании жалоб, анамнеза развития болезни, эпиданамнеза, клиники, лабораторных данных

В диагноз выносятся сопутствующие заболевания, осложнения.

6. Данные лабораторных исследований крепятся на отдельном листе в истории болезни.

7. Лист врачебных назначений. Расписывается режим и диета больного. Указываются даты назначения и отмены медикаментов, (названия пишутся на латинском языке), их дозы, кратность и способ введения.

8. Температурный лист заполняется медсестрой. Врач схематично отмечает название препаратов для этиотропной терапии и ее продолжительность.

9. Этапная сводка (этапный эпикриз). Этапная сводка пишется каждые 10 дней пребывания в стационаре. В них отражается динамика общего состояния и самочувствия больного, патологических изменений по органам и системам, результаты лабораторных исследований, которые позволили установить клинический диагноз. Дается краткая информация о проведенном лечении и его эффективности. Указывается план дальнейшего ведения пациента.

10. Выписной эпикриз (см. схему). Выписной эпикриз пишется в день выписки больного из стационара. Указываются фамилия, имя, отчество больного, возраст, дата заболевания, дата госпитализации, дата выписки. Клинический диагноз: основной, сопутствующий, осложнения.

Отмечаются жалобы, состояние при поступлении, результаты лабораторных, рентгенологических и других исследований. Приводится динамика основных симптомов в днях, (температура нормализовалась на 5-й день, менингеальные знаки исчезли на 7-й день и т.д.) и результаты лабораторных анализов при выписке. Отмечается состояние больного при выписке: выздоровление, улучшение, по настоянию родителей. Перечисляется лечение с указанием доз, курсов, последовательность назначения антибиотиков. Если ребенок выписан недолеченным, об этом сообщается по телефону участковому педиатру, а в истории болезни указывается фамилия и должность лица, принявшего телефонограмму, и время ее передачи. Отмечаются сведения об эпидемиологическом окружении больного в стационаре (например, «в контакте с другими инфекционными больными не был»). В заключении даются рекомендации по дальнейшему ведению пациента и диспансерное наблюдение при выписке.

____.____.____. **Первичный осмотр в отделении совместно с зав. отделением** _____

Ребенок в отделении находится один, с _____ - взят (а) по уходу за ребенком
б/л не требуется

Жалобы на: _____

Анамнез заболевания. Поступает на _____ сутки заболевания. Заболел (а) _____. _____. _____. остро, п/остро с
повышения t до _____

Вызвали уч. педиатра, «03», назначено лечение _____

_____. _____. _____. В ____: _____ госпитализирован в стационар. Где проводилось: _____

Эпиданамнез контакт с б-м ОКИ + - от _____. _____. _____. Пьет некип. воду, молоко + - Заглатывает
воду при купании + - Другое _____

Анамнез жизни. Б ____ Р ____ на фоне _____

Роды в сроке _____ нед. М _____ L _____ см, закричал сразу + -, реанимация + -
К груди приложен в родзале + -, на _____ сутки. На гр. Вскармливании до _____, смешанное с ____,
искусственное с _____ Смесь _____

Сок введен с _____ мес, фр. Пюре с _____ мес, овощной пр. с _____, круп. пр. с _____ мес.

Зубы с _____ мес. На сегодня зубов _____. Сидит с _____ мес, стоит с _____, ходит с _____ мес.

мес	масса	прибавка	мес	масса	прибавка
1			7		
2			8		
3			9		
4			10		
5			11		
6			12		

Масса тала до заболевания _____ дл _____ см. ФР _____ НПР _____

Перенесенные заболевания _____

Аллергия _____

Профпрививки ОПВ от _____

На «Д» учете у специалистов _____

Status presents. *Состояние* уд ср тяж, сознание ясное на осмотр реагирует _____, кожные покровы чистые, бледные, розовые, цианотичные, мраморные на _____ сыпь _____

суховаты, сухие, умеренной влажности, губки сухие, слизистые умеренной влажности, суховаты, сухие, *слюна* вязкая, слюны нет, шпатель прилипает к языку, плачет без слез, *тургор* тканей в норме, снижен, *складка на животе* расправляется быстро, замедленно, стоит. БР ____ х ____ см, нормотоничен, западает, выбухает, пульсирует. *Глаза* запавшие. Регионарные *лимфоузлы* подчелюстные, передние шейные, задние шейные, подбородочные, подмышечные паховые до ____ см, единичные, множест, эластичные, плотные, безболезненные, болезненные, подвижные, спаянные с кожей. В зеве гиперемии нет, гиперемия дужек, задней стенки глотки _____

Дыхание через нос свободное, затруднено, отделяемое обильное, необильное, серозное, гнойное желтоватого, зеленоватого, беловатого цвета, слизистое, прозрачное.

Дыхание в легких проводится во все отделы, ослаблено в _____ пуэрильное, везикулярное, хрипов нет, хрипы проводные, сухие, влажные, мелкопузырчатые, крупнопузырчатые, крепитация, единичные множественные, локализуются _____ после откашливания без динамики, исчезают, уменьшаются, появляются сухие ЧД _____ в мин _____

Тоны сердца ясные, ритм правильный ЧСС _____ в мин, шум _____

Язык влажный сухой, с белым налетом, с желтоватым налетом, чистый, с отпечатками зубов, географический _____

Живот округлой формы, распластан – лягушачий, не вздут, вздут, подвздут, диастаз мышц ПБС, при пальпации мягкий _____, безболезненный, болезненный в _____

, с-мы раздражения брюшины + -, **стул** водянистый, жидкий, кашицеобразный, вода+каловые массы, не обильный, обильный _____ мл, с примесью слизи, зелени, крови, прожилок крови, непереваренных комочков пищи _____ не осмотрен.

Мочиспускание свободное, моча _____, последний раз мочился _____, не обильно, обильно. Менингеальные симптомы + -

Диагноз: _____

ИТ из расчета: _____

В плане обследования: 1. ОАК, ОАМ, копрограмма 2. Кал на ЭПКГ 3. Кал на УПФ 4. Кал на ротавирусы 5. Кал на дисбактериоз. 6. Кал на яйца глист, соскоб на э/б.9. Рентген гр.кл

В плане лечения: _____

Пример-схема написания дневника в истории болезни ребенка с ОКИ

____.____.____. _____ день госпитализации _____ день болезни

Состояние удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое, за счет интоксикации, диарейного синдрома _____
t _____
ЧСС _____ За прошедшие сутки **динамика** + - , без динамики _____
Ребенок не активный, вялый _____
ЧД _____ **Аппетит** в норме, снижен, отсутствует, улучшился _____
m= _____ **Пьет** охотно, не охотно, отказ от питья, жажда _____
(+/- _____ гр) За прошедшие сутки **выпил** _____ мл _____
Рвота за прошедшие сутки _____ раз, необильная _____
Стул за прошедшие сутки _____ раз водянистый, кал+ вода, жидкий, кашицеобразный, обильный, не обильный с примесью _____
Мочился _____ раз _____ мл не обильно _____

Сегодня утром выпил _____ мл _____ **Аппетит** в норме, снижен, отсутствует, улучшился, за завтрак съел _____ **Рвота** утром _____ раз, не обильная
Стул за утро (с 9:00) _____ раз водянистый, кал+ вода, жидкий, кашицеобразный, обильный, не обильный с примесью _____

Кожные покровы чистые, бледные, розовые, цианотичные, мраморные, сыпь _____
суховаты, сухие, умеренной влажности, губки сухие, слизистые умеренной влажности, суховаты, сухие, *слюна* вязкая, слюны нет, шпатель прилипает к языку, плачет без слез, *тургор* тканей в норме, снижен, *складка на животе* расправляется быстро, замедленно, стоит. БР _____ х _____ см, нормотоничен, западает, выбухает, пульсирует. **Глаза** запавшие. В зеве гиперемии нет, гиперемия дужек, задней стенки глотки _____
Дыхание через нос свободное, затруднено, отделяемое обильное, необильное, серозное, гнойное желтоватого, зеленоватого, беловатого цвета, слизистое, прозрачное.

Дыхание пуэрильное, везикулярное, хрипов нет ЧД _____ в мин _____

Тоны сердца ясные, ритм правильный ЧСС _____ в мин, шум _____

Язык влажный сухой, с белым налетом, с желтоватым налетом, чистый, с отпечатками зубов, географический.

Живот округлой формы, распластан – лягушачий, не вздут, вздут, подвздут, при пальпации мягкий, безболезненный, болезненный в _____

Лечение ИТ из расчета _____ = _____ мл

Пример-схема написания дневника в истории болезни ребенка с ОРЗ

____.____.____. _____ день госпитализации _____ день болезни

Состояние удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое, за счет интоксикации, респираторного синдрома _____
t _____
ЧСС _____ За прошедшие сутки **динамика** + - , без динамики _____
Ребенок не активный, вялый _____
ЧД _____ **Аппетит** в норме, снижен, отсутствует, улучшился _____

Кашель сухой, влажный, редкий, частый, приступообразный, мучительный, усиливается в горизонтальном положении, во время засыпания, утром при подъеме, возникает внезапно ночью, усиливается/уменьшается после ингаляции, в динамике сал более редким, частым, сухим, влажным _____

ДН I II (раздувание крыльев носа, яремной ямки, втяжение межреберий, эпигастрия, в покое, при беспокойстве)

Кожные покровы чистые, бледные, розовые, цианотичные, мраморные, сыпь _____
суховаты, сухие, умеренной влажности, слизистые умеренной влажности, *тургор* тканей в норме, снижен. **В зеве** гиперемии нет, гиперемия дужек, задней стенки глотки. **Голос** сиплый, звонкий. Пальпируются _____ лимфатические узлы единичные эластичные, безболезненные, подвижные диаметром до _____ см. **Дыхание через нос** свободное, затруднено, отделяемое обильное, необильное, серозное, гнойное желтоватого, зеленоватого, беловатого цвета, слизистое, прозрачное.

Дыхание в легких проводится во все отделы, ослаблено в _____ пуэрильное, везикулярное, хрипов нет, хрипы проводные, сухие, влажные, мелкопузырчатые, крупнопузырчатые, крепитация, единичные множественные, локализуются _____ после откашливания без динамики, исчезают, уменьшаются, появляются сухие ЧД _____ в мин _____

Тоны сердца ясные, ритм правильный ЧСС _____ в мин, шум _____

Язык влажный сухой, с белым налетом, с желтоватым налетом, чистый, с отпечатками зубов, географический.

Живот округлой формы, не вздут, вздут, подвздут, при пальпации мягкий, безболезненный, болезненный в _____ стул оформлен, без патологических примесей.

Лечение продолжено

Пример-схема написания обоснования диагноза

Обоснование диагноза.

Диагноз Острый ротавирусный гастроэнтерит, средней степени тяжести, токсикоз с эксикозом I степени поставлен на основании:

жалоб на повышение температуры, рвоту, жидкий стул, отсутствие аппетита, вялость

анамнеза заболевания заболел остро с появления многократной рвоты (до 10 раз в сутки), повышения темп. до $37,7^{\circ}\text{C}$, жажды, жидкость не удерживал, затем присоединился 3-х кратный жидкий водянистый стул со слизью, желтовато-зеленоватого цвета

клиники при осмотре ребенок вялый, аппетит снижен, температура субфебрильная, признаки эксикоза I степени, губки суховаты, эластичность кожи и тургор тканей не снижены, плач со слезами, стул жидкий водянистый до 7 раз в день, со слизью, живот мягкий, безболезненный, урчит при пальпации.

лабораторных данных В ОАК Leuc $4,2 \times 10^9/\text{л}$; п/я 5%; с/я 40%; Лим 43%; Мон 4%, в копрограмме – мыла +++ , жирные кислоты +++ , кал на ротавирусы от 30.03 положительный

Обоснование диагноза.

Диагноз:

Осн. ОРЗ, обструктивный бронхит, ДН II степени

Поставлен на основании:

Жалоб при поступлении на сухой кашель, затрудненное дыхание, повышение температуры, насморк.

Анамнез заболевания: заболел 16.03 с появления насморка, заложенности носа, затем появился сухой кашель. В динамике 17.03 шумное дыхание, фебрильная температура, кашель частый малопродуктивный, вызвали «03», госпитализирован в ОДКБ.

Клиники Капризничает, пьет охотно, аппетит снижен. Из носа отделяемого нет, кашель сухой, малопродуктивный, дыхание шумное, хрипы слышны на расстоянии. Одышка до 40 в покое, ЧСС 140 в мин, признаки ДН – раздувание крыльев носа, втяжение уступчивых мест грудной клетки во сне. Пальпируются мелкие подчелюстные, подбородочные, передние шейные лимфоузлы – единичные, эластичные, безболезненные, не спаяны с кожей. В зеве умеренная гиперемия, дыхание жесткое, проводится во все отделы, сухие хрипы над всей поверхностью легких, выдох удлиннен.

Рентген гр. Клетки – от 19.03 – усиление легочного рисунка, повышена пневматизация легких, инфильтративных изменений не выявлено

Лабораторных данных В ОАК Leuc $6,7 \times 10^9/\text{л}$; п/я 12%, с/я 38 С_{оэ} 20 мм/ч

Пример-схема выписного эпикриза ребенка с ОКИ

Реб. П 2гбмес

Находился (лась) на лечении во II инф. отделении ОДКБ с _____._____ по _____._____

С диагнозом: Ротавирусный гастроэнтерит средней степени тяжести. Токсикоз с эксикозом II.

Поступил(а) в 1-е сутки заболевания по «03» с жалобами на повышение температуры, рвоту, жидкий стул, отсутствие аппетита, вялость, сонливость

Заболел(а) остро с на с появления одновременно -х кратной рвоты и -х кратного обильного водянистого стула желтовато-белесоватого цвета без патологических примесей, отказывался от питья всего за сутки выпил мл, к середине дня стал реже и меньше мочиться, температура до ⁰С, к вечеру температура до ⁰С, наросли симптомы интоксикации, сохранялся диарейный синдром, вызвали «03», сделана литическая смесь, госпитализирован в ОДКБ. При поступлении отмечались симптомы токсикоза с эксикозом:

Эпиданамнез: сырую воду не пьет, заглатывает воду при купании, остальные члены семьи здоровы, в контакте с инфекционными больными не был, посещает ДДУ (последнее посещение _____._____).

В стационаре обследован:

ОАК

дата	ЭРх 10 ¹² /л	НВ г/л	ЦП	Нт %	Тг тыс	Leuc x10 ⁹ /л	Э %	Пл.кл	п/я%	с/я%	Лим%	Мон%	Т.з.	СОЭ мм/ч
1.04														
7.04														

ОАМ

дата	Кол-во	цвет	прозр	Уд. вес	рН	Б	Сах	ацетон	эпит	лейк	эритр	цил	слизь	бакт	соли	грибки
1.04																
7.04																

Копрограмма

дата	ко нс ист	цв ет	сли зь	кро вь	М.в. ис- чер ч	М.в. без ис- черч	Н.ж ир	Жи рн. К- ты	Со- ли Ж.К. (мы ла)	Рас. Кл. не- пер	Раст. Кл. не- рев.	крах мал	Ио- доф фло ра	Эп ит	Ле йк	эри тр	Др. гр
1.04																	
7.04																	

Кал на яйца глист от _____._____.

Кал на ротавирусы от _____._____.

Кал на ЭПКГ от _____._____.

Кал на УПФ от 1.04

микрорганизмы	Кол-во
Е.coli типичные	10 ⁴ +
Е.coli лактозонегативные	0
Е.coli гемолитические	0
Другие УПФ Proteus mirabilis	0
Стафилококк золотистый	0
Стафилококк эпидермальный	0
Энтерококки	0
НФБ	0
Клостридии	-
Патогенные м/о	Не обнаружены

Лечение в стационаре: диета безмолочная. Инфузионная терапия с целью регидратации и дезинтоксикации в течение 2 дней, энтерол 6 дней, смекта 3 дня, креон 10000 3 дня. На фоне проводимой терапии рвота не повторялась, температура нормализовалась на 3 день госпитализации, аппетит улучшился к 4 дню, нормализовался к моменту выписки, вода из испражнений исчезла на 3 день лечения, стул нормализовался на 6 день госпитализации (1 раз в день, оформлен).

Выписывается в удовлетворительном состоянии с рекомендациями:

1. Наблюдение участкового педиатра
2. Медотвод от прививок 1 мес.
3. Диета безмолочная в течение 7-10 дней с постепенным расширением (беседа проведена, дана памятка)
4. Линекс по 1 капс. 2 раза в день 10-14 дней.

Пример-схема выписного эпикриза ребенка с ОРЗ

Реб.

Находился (лась) на лечении во II инф. отделении ОДКБ с по

С диагнозом: ОРЗ, ларинготрахеит, стеноз гортани I степени

Поступил(а) с жалобами на сухой лающий кашель, затрудненный вдох, повышение температуры, насморк
Заболел(а) с появления лающего кашля, осиплости голоса, темп. до 39, вызвали «ОЗ», госпитализирован в ОДКБ.

Эпиданамнез: остальные члены семьи здоровы, в контакте с инфекционными больными не был(а)

В стационаре обследован.

ОАК

дата	ЭРх 10 ¹² /л	НВ г/л	ЦП	Нт %	Тг тыс	Leuc x10 ⁹ /л	Э %	Пл.кл	п/я%	с/я%	Лим%	Моn%	Т.з.	СОЭ мм/ч

ОАМ

дата	Кол- во	цвет	прозр	Уд. вес	pH	Б	Сах	ацетон	эпит	лейк	эритр	цил	слизь	бакт	соли	грибки

Rg гр. Кл. от 2010г (ЭЭД 0,03 мзв)

Лечение в стационаре: анаферон, арбидол, ампициллин, пенициллин, ингаляции с противоотечной смесью, беродуалом, лазолваном, пульмикортом, с/суживающие капли в нос, проторгол, кленбутерол, стоптуссин, амброксол, физиопроцедуры на трахею. На фоне терапии состояние удовлетворительное, катаральных симптомов нет, явления стеноза купированы.

Выписывается в удовлетворительном состоянии с рекомендациями:

5. Наблюдение участкового педиатра
6. Медотвод от прививок 1 мес.
7. Контроль ОАК через 7-10 дней
8. С/суживающие капли (називин 0,025%) в нос до 5 дней, проторгол 1% по 2 кап. 3 раза в день 5-7 дней
9. Ингаляции с лазолваном и беродуалом чередуя с физраствором 3 раза в день до 5-7 дней
10. Лазолван сироп – по 2,5 мл 3 раза в день до 5-7 дней, затем при необходимости Геделикс или Проспан по 10 кап. 3 раза в день 5-7 дней
11. Геделикс или Проспан по 10 кап. 15 кап. 20 кап. 3 раза в день 7 дней
12. Беречь от ОРЗ, для профилактики ОРЗ – анаферон детский 1 таб 1 раз в день и/или Эуфорбиум спрей – 2 раза в день утром и вечером ежедневно в зимне-весенний период

ОБРАЗЕЦ
Выписной эпикриз

Реб. М. 9 мес

Находился (лась) на лечении во II инф. отделении ОДКБ с 17.03.10 по 23.03.10

С диагнозом: Осн. ОРЗ, обструктивный бронхит, ДН I степени

Поступил(а) с жалобами на сухой кашель, затрудненное дыхание, повышение температуры, насморк.

Анамнез заболевания: заболел 14.03 с появления насморка, заложенности носа, затем появился сухой кашель. В динамике до 17.03 сохранялась фебрильная температура, кашель частый малопродуктивный, шумное дыхание, вызвали уч. педиатра, госпитализирован в ОДКБ. При поступлении капризничает, пьет охотно, аппетит снижен. Из носа отделяемого нет, кашель сухой, малопродуктивный, дыхание шумное, хрипы слышны на расстоянии. Одышка в покое до 40-46 при беспокойстве, ЧСС 138 в мин, признаки ДН – раздувание крыльев носа, втяжение уступчивых мест грудной клетки при физ. нагрузке. Пальпируются мелкие подчелюстные, подбородочные, передние шейные лимфоузлы – единичные, эластичные, безболезненные, не спаяны с кожей. В зеве умеренная гиперемия, дыхание жесткое, проводится во все отделы, сухие хрипы над всей поверхностью легких, выдох удлиннен.

Эпиданамнез – был в контакте с больной ОРЗ (старшая сестра)

При обследовании В ОАК Leuc $10,8 \times 10^9$ /л; п/я 8%, с/я 35% Соз 16 мм/ч

Рентген гр. Клетки – от 18.03 – без инфильтративных изменений (**ЭЭД 0,03 мзв**)

ОАМ от 18.03 Лейк. 10-12 п/зр, Эп 5-6 п/зр

Ребенок выписывается по настойчивой просьбе матери без контрольных анализов.

Лечение в стационаре: пенициллин 6 дней, ингаляции с беродуалом, лазолваном, с/суживающие капли в нос, кленбутерол, стоптуссин на ночь, амброксол, физиопроцедуры на трахею, вибр. массаж гр. кл.. На фоне терапии состояние удовлетворительное, катаральных симптомов нет, явления обструкции купированы. Стул густой кашицей 1 раз в день.

Выписывается в удовлетворительном состоянии с рекомендациями:

13. Наблюдение участкового педиатра
14. Медотвод от прививок 1 мес.
15. Контроль ОАК, ОАМ по м/жительства
16. С/суживающие капли (називин 0,025%) в нос до 5 дней, диоксидин 0,5% по 2 кап. 3 раза в день до 5-7 дней, туалет носа.
17. Беречь от ОРЗ, для профилактики ОРЗ – анаферон детский 1 таб 1 раз в день и/или Эуфорбиум спрей – 2 раза в день утром и вечером ежедневно в зимне-весенний период
18. Аципол по 1 капс. 3 раза в день до 7 дней

ОБРАЗЕЦ
Выписной эпикриз

Реб. М. 1г

Находился (лась) на лечении во II инф. отделении ОДКБ с 3.03.10 по 7.03.10

С диагнозом: Ротавирусный гастроэнтерит средней степени тяжести. Токсикоз с эксикозом I.

Поступил(а) в 1-е сутки заболевания по «03» с жалобами на рвоту, жидкий стул, повышение температуры

Анамнез заболевания: заболел остро 28.02, с появления двукратного жидкого водянистого стула, темп. до 37,2, вызывали уч. педиатра, принимали энтеросгель, смекту. В динамике 1-3.03 состояние ухудшилось стал вялый, отказывался от еды и питья, температурил до 38, стул 1 раз в день жидкий, водянистый, 3.02 присоединилась трехкратная рвота желудочным содержимым, редко мочился, беспокоили периодические боли в животе – прижимал ножки к животу, плакал – с интервалами 30-20 мин, вызвали «03» госпитализирован в ОДКБ. С момента поступления стула нет, газы отходят, периодически беспокоят боли в животе, сучит ножками, после ИТ обильно мочился, консультирован хирургом – хир. патология исключена, по УЗИ брюшной полости – обилие газов и жидкости в кишечнике. В динамике стул до 5 раз в сутки водянистый, рвота не повторялась, не температурит.

Эпиданамнез: сырую воду не пьет, заглатывает воду при купании
остальные члены семьи здоровы, в контакте с инфекционными больными не был

В стационаре обследован.

ОАК

дата	ЭРх 10 ¹² /л	НВ г/л	ЦП	Нт %	Тг тыс	Leuc x10 ⁹ /л	Э %	Пл.кл	п/я%	с/я%	Лим%	Моn%	Т.з.	СОЭ мм/ч	
03.03	5,02	126			196	3,8			11	21	44	22		11	

ОАМ

дата	Кол-во	цвет	прозр	Уд. вес	рН	Б	Сах	ацетон	эпит	лейк	эритр	цил	слизь	бакт	соли	грибки
4.03	100	сол	ая	1005	-	-			1-2	0-1						

Копрограмма

дата	ко нс ист	цв ет	сли зь	крово вь	М.в. ис- чер ч	М.в. без ис- черч	Н.ж ир	Жи рн. К- ты	Со- ли Ж.К. (мы ла)	Рас. Кл. не- пер	Раст. Кл. не- рев.	крах мал	Ио- доф фло ра	Эп ит	Ле йк	эри тр	Др. гр
5.3	жид	Св. кор				+			++		+				0-1		++

Кал на яйца глист от 5.03 - отриц.

Кал на ротавирусы от 5.03 положительный

Кал на ЭПКГ от 5.03 в работе.

Лечение в стационаре: диета безмолочная. Инфузионная терапия с целью регидратации и дезинтоксикации энтерол, смекта, мотилиум, но-шпа. На фоне проводимой терапии рвота не повторялась, температура нормализовалась, аппетит улучшился, стул кашицеобразный до 4 раз в день. От дальнейшего лечения и обследования мама отказалась и забрала ребенка из стационара, написав расписку.

Выписывается в удовлетворительном состоянии с рекомендациями:

19. Наблюдение участкового педиатра

20. Медотвод от прививок 1 мес.

21. Диета безмолочная в течение 7-10 дней с постепенным расширением (беседа проведена)

22. Аципол по 1 капс. 2 раза в день 7- 10

СГМУ
Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций
Цикл «детские инфекции»

Зав. кафедрой д.м.н., доцент Самодова О.В.
Преподаватель:

УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Б-Й: _____

ДИАГНОЗ:

основной _____

осложнения _____

сопутствующий _____

время курации:

С «__» _____

по «__» _____

Студент __ курса ____ ф-та
(ФИО) _____

ПРАВИЛА ЗАПОЛНЕНИЯ УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО (для студентов)

Учебная история болезни начинается с **титульного листа** и заполняется в соответствии с основными пунктами клинической истории болезни. Есть некоторые отличия:

1. Нет записи врача приемного отделения. История болезни начинается со сбора жалоб, анамнеза **до момента начала студентом курации** и клинического осмотра больного в отделении в первый день курации (по схеме первичного осмотра, слово первичный осмотр не пишется)
2. Температурный лист (п. 8) в учебную историю болезни не переписывается

В остальном, кроме вышеуказанных пунктов, история болезни заполняется по общим правилам (см план).

План написания учебной истории болезни

1. Титульный лист:

- Паспортные данные пациента (ФИО, Пол, Возраст (полных лет, для детей до 1 года – месяцев, до 1 месяца - дней).
- Адрес.
- Дату и время поступления
- Дату и время выписки
- Место работы, профессия или должность (для детей название ДДУ, школы).
- Кем направлен больной.
- Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет, через ___ часов после начала заболевания.
- Диагноз врача направившего учреждения
- Диагноз заключительный клинический (основной, сопутствующий, осложнения)

2. Данные клинического и лабораторных исследований:

1) Жалобы: на момент поступления и на момент курации

2) Анамнез заболевания: до начала курации

3) Анамнез жизни:

- акушерский (для детей до 3 лет)
- НПР и ФР ребенка.
- перенесенные заболевания
- диспансерное наблюдение
- сроки проведения профилактических прививок.
- аллергический анамнез
- наследственный анамнез

3. Эпидемиологический анамнез

4) Данные объективного исследования на момент курации

5) Предварительный диагноз – указывается предположительная этиология заболевания (без указания степени тяжести)

6) План обследования

7) План лечения

4. Дневники (см. схему)

5. Клинический диагноз и проводится его обоснование (см. схему).

6. Данные лабораторных исследований – копируются из клинической истории болезни и после описания каждого исследования студент дает заключение о полученных данных (норма или патология – если да, то о чем это говорит)

7. Лист врачебных назначений – заполняется в виде таблицы. Этот раздел учебной истории может не совпадать с назначениями, которые сделаны лечащим врачом отделения. Если студент имеет разно-

гласия по проведению терапии, то в таблице он должен отразить ту терапию, которая по его мнению будет оптимальной для лечения данного заболевания в условиях данного стационара. Свои разногласия следует отразить в комментариях, где будет указана причина разногласий и обоснование терапии.

№	Название препарата	Расчет дозы на массу или возраст больного	Дата назначения	Дата отмены	курс
1.	Gentamycini 30 mg x 3 раза в день per os	10 мг/кг/сут	1.04.09	8.04.09	7 дн
	И т.д.				

Масса больного __9__ кг

Комментарии к проведенному лечению:

8. Дифференциальный диагноз) у конкретного курируемого больного проводится с 3-5 заболеваниями со схожей симптоматикой.

9. Этапная сводка (этапный эпикриз). Если больной на момент сдачи истории болезни на проверку всё ещё находится в стационаре то студент пишет вместо выписного эпикриза **этапную сводку**

10. Выписной эпикриз (см. схему). Выписной эпикриз пишется, если больной выздоровел к моменту сдачи истории болезни на проверку

11. Мероприятия, которые необходимо провести **в очаге инфекции у конкретного курируемого больного**

Отчет о дежурстве студента _____ группы _____ курса _____ фак-та

Дежурство _____. _____. _____. с ____: ____ до ____: ____ база _____ деж. врач _____

В приемном отделении осмотрены следующие больные

№	ФИО	Возраст	Диагноз направивше-го учр.	Диагноз приемного отд.	Мероприятия в отношении больного

В отделении(ях) осмотрены следующие больные:

№	Отделе-ние	ФИО	Возраст	Диагноз	Результат осмотра

Практические навыки во время дежурства (указать количество в нужной графе)

№	Наименование	Видел	Участвовал	Выполнял са-мостоятельно

Замечания дежурного врача: _____

Дежурный врач _____ / _____ /

(подпись)

(фамилия)

Пример-схема доклада на врачебном обходе

Ребенок _____ (Фамилия Имя) _____ лет из _____ района, поступил по направлению _____ на _____ сутки заболевания с жалобами на _____. Из анамнеза заболевания известно, что заболевание началось остро _____._____ отмечалась ____ рвота, жажда, жидкость не удерживал, _____кратный жидкий водянистый стул, повышение температуры до _____ и т.д. (или др. симптомы) мама давала ребенку _____, но симптомы сохранялись, к _____ дню болезни выросла вялость, стал реже мочиться, вызвали «03», госпитализирован в ОДКБ. При поступлении симптомы токсикоза с эксикозом II степени, рвота до _____ раз, Стул жидкий водянистый до _____ раз в сутки. При поступлении в ОАК : лейкоц _____, сдвиг лейкоц. Ф-лы _____ СОЭ, в копрограмме _____, кал на ротавирус _____ . В лечении в настоящий момент получает _____, в динамике состояние с улучшением: температура нормализовалась на 2 день госпитализации, рвота не повторялась, появился аппетит, исчезла вода из испражнений, стул до _____ раз в день, в плане дальнейшего ведения – закончить курс биопрепаратов до 5 дней (или др), контрольная копрограмма, РПГА с дизентерийным и сальмонеллезным диагностикумом (или др.), выписка с рекомендациями.