

**ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
“БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ”**

Кафедра онкології та радіології

І С Т О Р І Я Х В О Р О Б И З О Н К О Л О Г І Ї

(навчальна)

Куратор-студент (ка) _____

Курс, факультет, група _____

Викладач _____

Час курації з _____ по _____

Оцінка _____

Чернівці
«Місто»
2017

УДК 616-006.04-07 (075)

ББК 55.6я7

I-90

АВТОРСЬКИЙ КОЛЕКТИВ

Іващук Олександр Іванович – проректор з наукової роботи та міжнародних зв'язків Вищого державного навчального закладу України “Буковинський державний медичний університет”, професор кафедри онкології та радіології, доктор медичних наук, професор.

Бодяка Володимир Юрійович – завідувач кафедри онкології та радіології, доктор медичних наук.

Унгурян Володимир Петрович – доцент кафедри онкології та радіології, кандидат медичних наук.

Гушул Іван Ярославович – асистент кафедри онкології та радіології.

Постевка Ірина Дмитрівна – асистент кафедри онкології та радіології.

Рецензенти: Завідувач кафедри онкології, променевої діагностики і терапії та радіаційної медицини Вищого державного навчального закладу України Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, д.мед.н., професор І.Й. Галайчук

Завідувач кафедри онкології, променевої діагностики та променевої терапії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, д.мед.н., доцент О.Г. Костюк

Іващук О.І., Бодяка В.Ю., Унгурян В.П., Гушул. І.Я., Постевка І.Д.
I 90 **Історія хвороби з онкології (навчальна) :** навч.-метод. посібник. / Іващук О.І., Бодяка В.Ю., Унгурян В.П., Гушул. І.Я., Постевка І.Д. – Чернівці : «Місто», 2017. – 48 с.

Рекомендовано до друку вченою радою Вищого державного навчального закладу України “Буковинський державний медичний університет” 23 лютого 2017 року (протокол № 8), як схема навчальної «Історії хвороби з онкології» для студентів медичних вузів III-IV рівня акредитації.

© Іващук О.І., Бодяка В.Ю.,

Унгурян В.П., Гушул. І.Я., Постевка І.Д., 2017

© ВІЦ «Місто», 2017

Основна мета написання історії хвороби з онкології – це максимально реально ознайомити студента з основними принципами лікування пацієнта у стаціонарі.

В історії хвороби з онкології студент повністю проводить курацію пацієнта з моменту його надходження до стаціонару аж до виписки з лікарні, тобто є лікуючим лікарем. В основному студент орієнтується на діагноз та анамнез пацієнта.

Середній термін перебування хворого у стаціонарі, обстеження, лікування (хірургічне, хіміотерапія, променева терапія) є у протоколах. Якщо хіміотерапія або променева терапія за своєю тривалістю не входить в середні терміни перебування пацієнта у стаціонарі, необхідно вказати у рекомендаціях.

Всі дії та призначення в історії хвороби повинні бути логічним, повними та доцільними, від цього буде залежати оцінка. Студент повинен вміти їх пояснити.

ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

Назва лікувального закладу _____

Медична карта стаціонарного хворого № _____

Дата та час поступлення _____

Дата та час виписки _____

Відділення _____

Палата № _____

В поточному році з приводу даної хвороби госпіталізований вперше, повторно, всього __ раз

Проведено ліжко-днів _____

Група крові та резус-належність (число, місяць рік) _____

Побічна дія ліків (непериносимість) (вказати назву препарату, характер побічної дії) _____

Прізвище, ім'я, по-батькові _____

Стать _____

Вік: (число, місяць, рік, повних років) _____

Постійне місце проживання: місто, село (вказати адресу: область, район, населений пункт, номер телефону) _____

Місце роботи, спеціальність, посада (для учнів, студентів – місце навчання, для інвалідів – від і група інвалідності) _____

Ким направлений хворий (найменування лікувального закладу) _____

Госпіталізований (а) в стаціонар: за терміновими показами, через _____ годин, після початку захворювання, в плановому порядку (*підкреслити*)

Діагноз лікувального закладу, який направив хворого _____

Діагноз при госпіталізації _____

Діагноз клінічний _____

Діагноз заключний клінічний

а) основний _____

б) ускладнення основного _____

в) супутній _____

Хірургічні операції, методи знеболювання і післяопераційні ускладнення

Найменування операції	Дата, години	Метод знеболювання	Ускладнення

Працездатність відновлена повністю, знижена, тимчасово втрачена, стійко втрачена (*підкреслити*)

Результат лікування: виписаний (а), з одужанням, поліпшенням, погіршенням, без змін, помер, переведений (а) в інший лікувальний заклад, переведений (а) в інше відділення, здоровий (*підкреслити*)

КАРТА ПЕРВИННОГО ОГЛЯДУ ХВОРОГО

СКАРГИ

Необхідно вказати основні скарги пацієнта, які були на момент його госпіталізації у лікувальний заклад. Запис зі слів пацієнта не повинен бути буквальний, а осмислений, включати інформацію, одержану шляхом опитування.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ (*anamnesis morbid*)

У цій графі історії хвороби слід висвітлити наступні питання: коли і як (гостро чи повільно) почалось захворювання. Яка ймовірна на думку хворого причина; який характер перебігу захворювання (прогресуючий, інтермітуючий, стабільний, регресуючий). Детальний опис перебігу захворювання від появи перших ознак до госпіталізації у лікувальний заклад. Необхідно описати скарги та симптоми у хронологічній послідовності їх виявлення та розвитку. Результати попередніх діагностичних заходів, встановлений діагноз. Лікування до часу актуальної госпіталізації (самолікування, в поліклініці, інших лікувальних закладах), конкретні заходи та медикаменти, ефективність. Дата, година й причини актуальної госпіталізації.

ДАНІ ОБ'ЄКТИВНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

(вказується дані на момент госпіталізації пацієнта у лікувальний заклад)

1. Загальний стан пацієнта. Розрізняють задовільний, середньої тяжкості, тяжкий, вкрай тяжкий і термінальний. *(підкреслити)*

Загальний стан пацієнта визначається суб'єктивно. Лікарі орієнтуються на ознаки, які представлені нижче.

У пацієнтів із задовільним загальним станом відмічаються незначні відхилення від норми життєвих показників. Загальний стан середньої тяжкості мають пацієнти у яких спостерігаються значні відхилення від задовільного стану, але до критичних ще не наближаються, легко стабілізуються та піддаються корекції. Тяжкий загальний стан встановлюється, коли життєві показники наближаються до критичних, важко стабілізуються, погано піддаються корекції. Вкрай тяжкий стан має місце, коли у пацієнта критичний хоч один життєвий показник, який майже не піддається корекції або результат корекції нестабільний.

2. Свідомість. Ясна, ступор сопор, кома. *(підкреслити)*

3. Положення в ліжку. Активне, пасивне, вимушене. *(підкреслити)*

4. Тілобудова. Нормостенічна, астенична, гіперстенічна. *(підкреслити)*

5. Вага _____ кг, зріст _____ см.

6. Температура тіла. _____

7. Шкіра та зовнішні слизові оболонки.

Забарвлення шкіри (блідо-рожева, бліда, ціанотична, жовтушна, землиста тощо). _____

Наявність, локалізація пігментацій / плям на шкірі. _____

Еластичність шкіри, її тургор, сухість / пітливість. _____

Наявність, локалізація та характеристика патологічних утворів (рубці, бородавки, висипання, подряпини, новотвори). _____

10. Серцево-судинна система.

Артеріальний тиск (mmHg).

Пульс. Частота за 1 хвилину. Характеристики пульсу: ритмічний / аритмічний, напруження (задовільний, твердий, м'який), наповнення (задовільне, слабке, ниткоподібний). *(підкреслити)*

Пульсація стегнової, підколінної, великогомілкової та тильної артерії ступні на обох кінцівках. _____

Пальпація ділянки серця. Локалізація та властивості верхівкового поштовху: локалізація, площа, сила, резистентність, зміщуваність при зміні положення тіла). _____

Перкусія серця: межі відносної й абсолютної серцевої тупості.

Межа	Відносна	Абсолютна
Права		
Верхня		
Ліва		

Вимірювання поперечника серця: _____ см.

Аускультация серця: тони серця (чисті, приглушені, глухі), наявність серцевих шумів, шум тертя перикарду. _____

Вени: наявність варикозних вен, ущільнення та болючість; ознаки тромбофлебіту / флеботромбозу, трофічних розладів, їх локалізація. _____

11. Дихальна система.

Вказати ритм, глибину, частоту за 1 хвилину, тип дихання (грудний, діафрагмальний, змішаний). _____

Наявність патологічних типів дихання (Чейн-Стокса, Кусмауля, Біота).

Наявність задишки (експіраторна, інспіраторна, змішана), її вираженість, в спокої чи при навантаженні. _____

Форма грудної клітки, (циліндрична, конічна, бочкоподібна, астенична, емфізематозна), її деформації; над- і підключичні ямки, міжреберні проміжки.

Перкусія: порівняльна перкусія нижньої межі легень (вказати у вигляді таблиці).

Лінія	Права легеня	Ліва легеня
l. parasternalis		
l. medioclavicularis		
l. axillaris anterior		
l. axillaris media		
l. axillaris posterior		
l. scapularis		
l. paravertebralis		

Характер перкуторного звуку (ясний легеневий, коробковий, металічний, шум “тріснутого горшка”), вказати зони притуплення / тупості, тимпаніту.

Аускультация: характер дихання (везикулярне, бронхіальне, амфоричне, ослаблене, відсутність), наявність хрипів (сухих, вологих дрібно-, середньо- та крупноміхурцевих), крепітації, шуму тертя плеври. *(підкреслити)*

Пальпація грудної клітки (болючі місця, набряк, ущільнення). _____

12. Травна система.

Стан порожнини рота, губ, слизової оболонки ротової порожнини, ясен (колір, пігментації, виразкування, рубці, нашарування, висипання та інші патологічні утвори). _____

Язик: колір (звичайний, малиновий тощо), вологий чи сухий, чистий чи обкладений (локалізація та колір нашарувань), наявність тріщин і виразок.

Зів і мигдалики: колір, стан слизової оболонки, розміри та форма мигдаликів, нашарування, припухлість. _____

Стан ампули прямої кишки. Ампула прямої кишки: пуста, розширена, заповнена калом. Пухлина: є, немає, нижній край пухлини на відстані ___ см від ануса. Верхній край _____ см, недосяжний, займає передню, задню, праву, ліву стінки. Пухлина рухома, нерухома, обмежено рухома.

Характер слідів калу на рукавичці (звичайний, з домішками крові, мелена).

13. Сечовидільна система.

Огляд поперекової ділянки. Симптом Пастернацького. Пальпація нирок у вертикальному / горизонтальному положенні тіла (доступність пальпації, болючість, величина, зміщення, рухомість). _____

14. Статева система.

Зовнішні статеві органи у чоловіків, гінекологічне дослідження у жінок. Вторинні статеві ознаки.

Обстеження молочної залози

Умовно молочна залоза вертикально та горизонтально лініями, які йдуть через сосок, поділяється на чотири квадранти: верхньо-зовнішній, верхньо-внутрішній, нижньо-зовнішній, нижньо-внутрішній.

15. Опорно-рухова система.

Вираженість м'язів: (гіпертрофія, атрофія); болючість, тонус, фібрилярні рухи, корчі. _____

Наявність деформацій скелета: локалізація, вид. _____

Стан суглобів: болі, деформації, об'єм активних і пасивних рухів, температура шкіри, хрускіт, випіт, патологічна рухомість. _____

16. Нервова система.

Зіниці: стан (розширені, звужені, симетричні, асиметричні), реакція на світло (пряма, співдружна). *(підкреслити)*

Чутливість шкіри: (гіпер-, гіп- і анестезія), ділянки порушення чутливості; дермографізм (червоний, білий; стійкий, нестійкий). Болючість при натисканні за ходом периферійних нервів. _____

Рефлекси: (сухожилковий, коліний і ахілесів). _____

17. Ендокринна система

Пальпація щитоподібної залози: (збільшення дифузне чи вузлувате), екз- чи ендофтальм; *(підкреслити)*

Ожиріння: (вказати ступінь); _____

Тип оволосяння: та інші ознаки. _____

МІСЦЕВИЙ СТАТУС (status localis)

Місцевий статус описується, якщо пухлина є візуальною формою. При пухлинах черевної порожнини місцевий статус вказується в об'єктивному обстеженні, тобто при описі органів черевної порожнини.

Визначення локалізації процесу згідно із загальноприйнятою анатомічною термінологією. Необхідно описати характер патології, стан шкіри навколо вогнища (не змінена, мацерована, набрякла, гіперемійована, інфільтрована, наявність саден та ін.), зміни м'яких тканин навколо вогнища (крововиливи, ущільнення та ін.), вказати, які тканини уражені; якщо є - описати грануляційну тканину (колір, поверхня, кількість, характер, кровоточивість, нашарування та плівки), наявність некротизованих тканин та сторонніх тіл. Вказати розміри та форму патологічного вогнища (не порівнювати з предметами та ін.). Наявність, кількість та характер виділень. Дані пальпації: болючість, рухомість, зміщування, консистенція, розм'якшення, флюктуація, крепітація. Описати регіонарні лімфатичні вузли. Якщо проводилася пункція, описати отриманий ексудат.

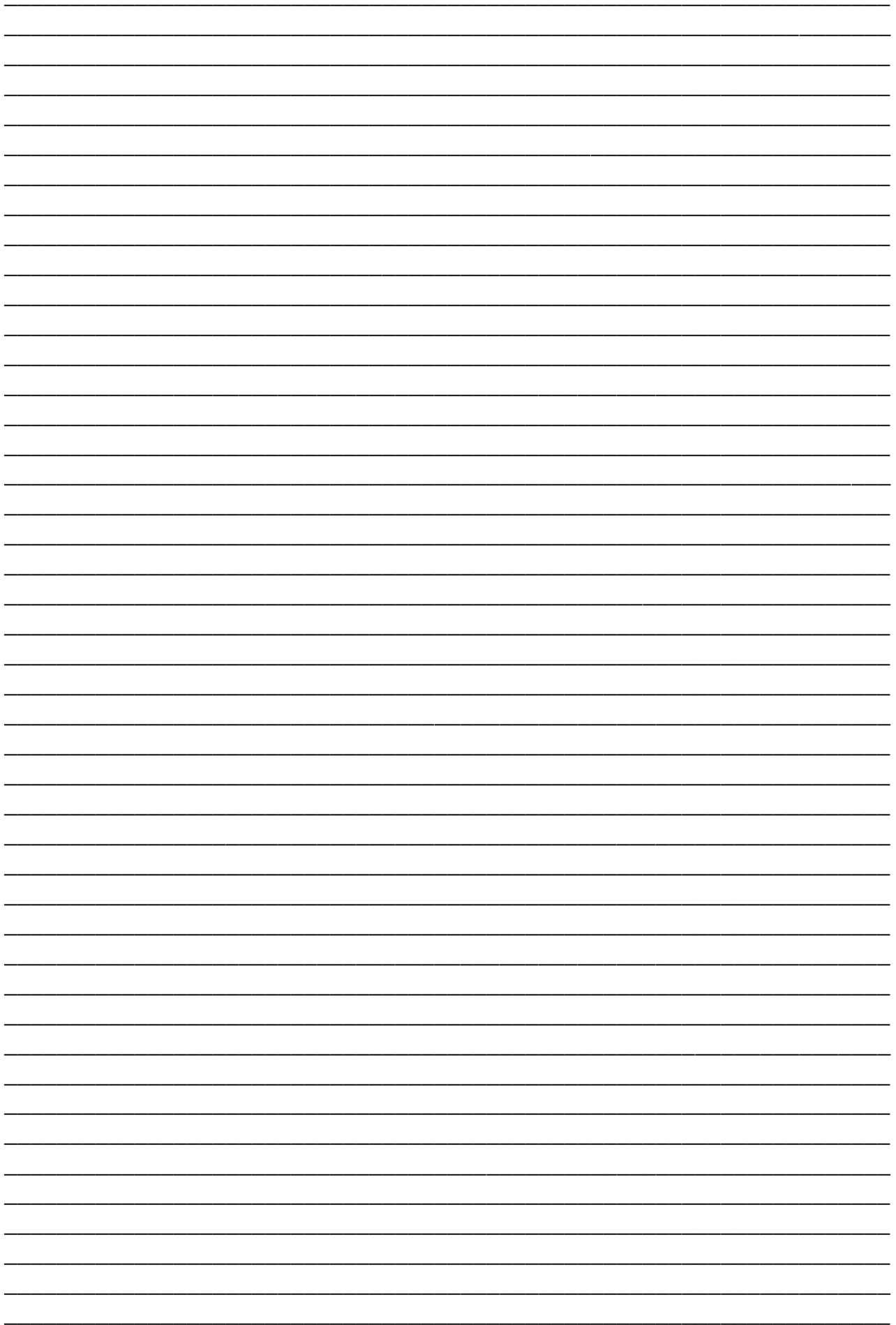
Для опису ран – характер рани, частини (краї, стінки, дно) і ознаки рани (зіяння, кровотеча).

Для опису виразок – особливу увагу приділити стану країв (нерівні, підриті та ін.) і грануляційної тканини.

Для опису пухлин – звернути увагу на поверхню пухлини (гладка, горбиста, часточкової будови), консистенція (еластична, камениста та ін.), симптом дрижання.

Для опису запальних процесів – відмітити характер меж з неураженою шкірою (чіткі, гіперемія поступово переходить у шкіру нормального забарвлення).

Для опису опіків – відзначити чи опікова поверхня займає всю анатомічну зону чи тільки її частину; якщо нема іншої можливості, то площу опіку визначити “правилом дев'яток” або “правилом долоні”; встановити глибину та характер опікової травми.



ПЛАН ОБСТЕЖЕННЯ

В даному розділі потрібно вказати обстеження, які необхідно виконати пацієнту для встановлення клінічного діагнозу. Клінічно-лабораторні та спеціальні методи дослідження слід призначати з урахуванням попереднього діагнозу, шляхом прямого дослідження органу чи системи або методом виключення (діагностичний пошук).

Лабораторні методи дослідження

(з 1-го по 5-й обов'язкові для всіх хворих, які поступили у стаціонар)

1. Загальний аналіз крові (ЗАК): (еритроцити (Er), гемоглобін (Hb), лейкоцити (L), швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ), тромбоцити, гематокрит (Ht)), лейкоцитарна формула мазка крові.

2. Загальний аналіз сечі (ЗАС): (кількість, колір, питома вага, прозорість, реакція, білок, цукор, білірубін, діастаза, кетонові тіла; мікроскопія осаду: епітелій, еритроцити, лейкоцити, циліндри, солі).

3. Глюкоза крові.

4. Прискорена реакція на сифіліс (ПРС).

5. Аналіз калу на яйця гельмінтів та приховану кров.

6. Група кров та резус належність.

7. Біохімічний аналіз крові: (загальний білок, білірубін та його фракції, печінкові проби (тимолова, АЛТ, АСТ), лужна фосфатаза, α -амілаза, сечовина, креатинін).

8. Коагулограма: (протромбіновий індекс, час рекальцифікації плазми, тромботест, фібриноген, фібриноген В, толерантність плазми до гепарину, час зсідання крові за Лі-Уайтом, тривалість кровотечі за Дюком, ретракція кров'яного згустку).

9. Іонограма крові (натрій, калій, хлор).

Рентгенологічні, інструментальні та функціональні методи дослідження

1. R⁰ – графія або скопія органів грудної клітки (ОГК), флюорографія.

2. R⁰ – графія або скопія органів черевної порожнини (ОЧП) (рівні рідини та газу).

ОБҐРУНТУВАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОГО ДІАГНОЗУ

В даному розділі, у вигляді таблиці відмінних ознак, наводиться диференційна діагностика з найбільш подібними за клінічними проявами, перебігом та топічною локалізацією захворюваннями.

Ознаки захворювання	Захворювання	
	Рак шлунка	Виразкова хвороба шлунка

**РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНО-ЛАБОРАТОРНИХ,
ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ, ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ
ТА КОНСУЛЬТАЦІЇ СУМІЖНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ**

В даному розділі необхідно вказати результати аналізів при надходженні пацієнта до стаціонару, під час лікування та на момент виписки з лікарні. Пояснювати результати аналізів непотрібно, проте вони повинні відповідати динаміці захворювання.

Загальний аналіз крові			
Показники / Дата / № аналізу			
ШОЕ (за 1 год)			
Гемоглобін (г/л)			
Еритроцити (*10 ¹² /л)			
Лейкоцити (*10 ⁹ /л)			
Кольоровий коеф.			
Гематокрит (%)			
Базофіли (%)			
Еозинофіли (%)			
Нейтрофіли юні (%)			
Нейтр. паличкояд. (%)			
Нейтр. сегмент. (%)			
Лімфоцити (%)			
Моноцити (%)			
Інше			

Час згортання крові			
Показник / Дата / № аналізу			
Початок			
Кінець			

Загальний аналіз сечі			
Показники / Дата / № аналізу			
Колір			
Прозорість			
Питома вага			
Реакція			
Білок (г/л)			
Кетонові тіла			
Еритроцити (в п/з)			
Лейкоцити (в п/з)			
Епітелій (в п/з)			
Солі			
Діастаза			

Глюкоза крові			
Показник / Дата / № аналізу			
Глюкоза (ммоль/л)			

Серологічне дослідження крові на сифіліс № __

Дата: _____

Реакція мікропреципітації (позитивна, негативна) *потрібно підкреслити*

Аналіз калу на яйця гельмінтів № __

Дата: _____

Яйця гельмінтів (виявлено, не виявлено) *потрібно підкреслити*
Якщо виявлено то потрібно вказати!

Біохімічні показники крові			
Показники / Дата / № аналізу			
Загальний білок (г/л)			
Заг. білірубін (мкмоль/л)			
Прямий (мкмоль/л)			
Непрямий (мкмоль/л)			
АлАТ (Од/л)			
АсАТ (Од/л)			
Сечовина (ммоль/л)			
Креатинін (мкмоль/л)			
Амілаза (Од)			
Інше			

Електроліти крові			
Показники / Дата / № аналізу			
Калій (ммоль/л)			
Натрій (ммоль/л)			
Хлор (ммоль/л)			

Коагулограма			
Показники / дата / № аналізу			
Ступінь тромботеста по Костовщигової (ст.)			
АЧТЧ (с)			
Толерантність до гепарину по Марбет			
Протромбіновий індекс по Леману (%)			
Фібриноген то Рутберг (мг/л)			

Група крові та резус фактор	
П.І.П. пацієнта _____	Дата: _____
Група крові _____	Резус-приналежність _____

Рентгеноскопія органів грудної клітки № ____
Дата: _____
Опис: _____

Заключення: _____

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини № ____
Дата: _____
Опис: _____

Заключення: _____

ЕГДФС № ____
Дата: _____
Опис: _____

Заключення: _____

ЕКГ № ____
Дата: _____
Опис: _____

Заключення: _____

Патоморфологічне заключення № _____ (дата: _____)

Консультація кардіолога

Дата: _____

Опис: _____

Заклучення: _____

Рекомендації _____

Консультація ендокринолога

Дата: _____

Опис: _____

Заклучення: _____

Рекомендації _____

Консультація гастроентеролога

Дата: _____

Опис: _____

Заклучення: _____

Рекомендації _____

ОБҐРУНТУВАННЯ КЛІНІЧНОГО ДІАГНОЗУ

Клінічний діагноз необхідно викласти чітко, коротко та переконливо, на ґрунті синтезу всіх отриманих даних, тобто на основі попереднього діагнозу, включаючи додаткові методи обстеження, даних інтраопераційної ревізії органів черевної або грудної порожнин. Тут же виставляють супутні захворювання, які виявлені у даного пацієнта та підтверджені консультацією суміжних фахівців.

Приклад.

На основі скарг хворого (виділити скарги із розділу “Скарги”), анамнезу захворювання (давність, тривалість, характер перебігу хвороби), даних об’єктивного дослідження хворого (основні, загальні та місцеві симптоми захворювання, що стосуються об’єктивного обстеження пацієнта) та результатів додаткових методів дослідження, інтраопераційної ревізії органів черевної порожнини ставиться клінічний діагноз.

У онкологічному клінічному діагнозі вказується спочатку локалізацію первинної пухлини (наприклад – рак антрального відділу шлунка, рак головки пішлункової залози), користуючись клінічною класифікацією TNM 6-го перегляду встановлюється анатомічне поширення пухлини. Використовуючи дані TNM встановлюють стадію пухлинного процесу та клінічну групу (наприклад – T₂N₀M₀, II стадія, ІА клінічна група). Якщо пацієнт отримує паліативне лікування при наявності віддалених метастазів, то йому встановлюється II клінічна група, а при застосуванні симптоматичного лікуванні IV клінічна група. У разі наявності віддалених метастазів необхідно вказати їх локалізацію (наприклад – T₃N₂M₁, ІVС стадія, IV клінічна група множині метастази в печінку).

При наявності супутнього захворювання воно діагноз встановлюється на основі консультації суміжних спеціалістів.

Діагноз заключний клінічний

а) основний;

ОБГРУНТУВАННЯ ПЛАНУ ЛІКУВАННЯ

Обґрунтовуються основні принципи комплексного лікування даного пацієнта з урахуванням ускладнень та супутньої патології (режим, дієта, оперативне втручання, медикаментозне лікування, хіміотерапія, променева терапія, місцеве лікування, реабілітаційне лікування), заповнюються листки лікарських призначень.

Лікування онкологічних пацієнтів (тактика лікування, схеми хіміотерапії, пороменевої терапії, гормонотерапії тощо) необхідно проводити згідно із наказом МОЗ України від 30.07.2010 № 645 "Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "онкологія", які представлені на сайті дистанційного навчання ВДНЗ «БДМУ» moodle.

Лікування супутніх захворювань призначається згідно рекомендацій суміжних фахівців.

Види терапії:

1. Антибактеріальна терапія (ампіцилін, еритроміцин, доксицилін, кларитроміцин, роксид, тебріс, ністатин, амоксиклав, амікацин, цефазолін, цефтриаксон, тієнам, абактал, ципрофлоксацин, метрогіл).
2. Протизапальна терапія (моваліс, диклофенак натрію, наклофен).
3. Спазмолітична терапія (спазмалгон, баралгін, баралгетас, но-шпа, папаверін, платифілін).
4. Знеболююча терапія (морфін, омнопон, промедол, кетанов, кетанал, дексалгін, трамадол, анальгін).
5. Антигістамінна терапія (дімедрол, фенкарол, кетотифен, піполфен, телфаст, лоратодін, лорізан).
6. Антикоагулянтна терапія (трентал, гепарин, фраксипарин, клексан, сінкумар, фінілін, аспірин).
7. Гемостатична терапія (етамзилат натрія, діцинон, вікасол, ε - амінокапронова кислота).

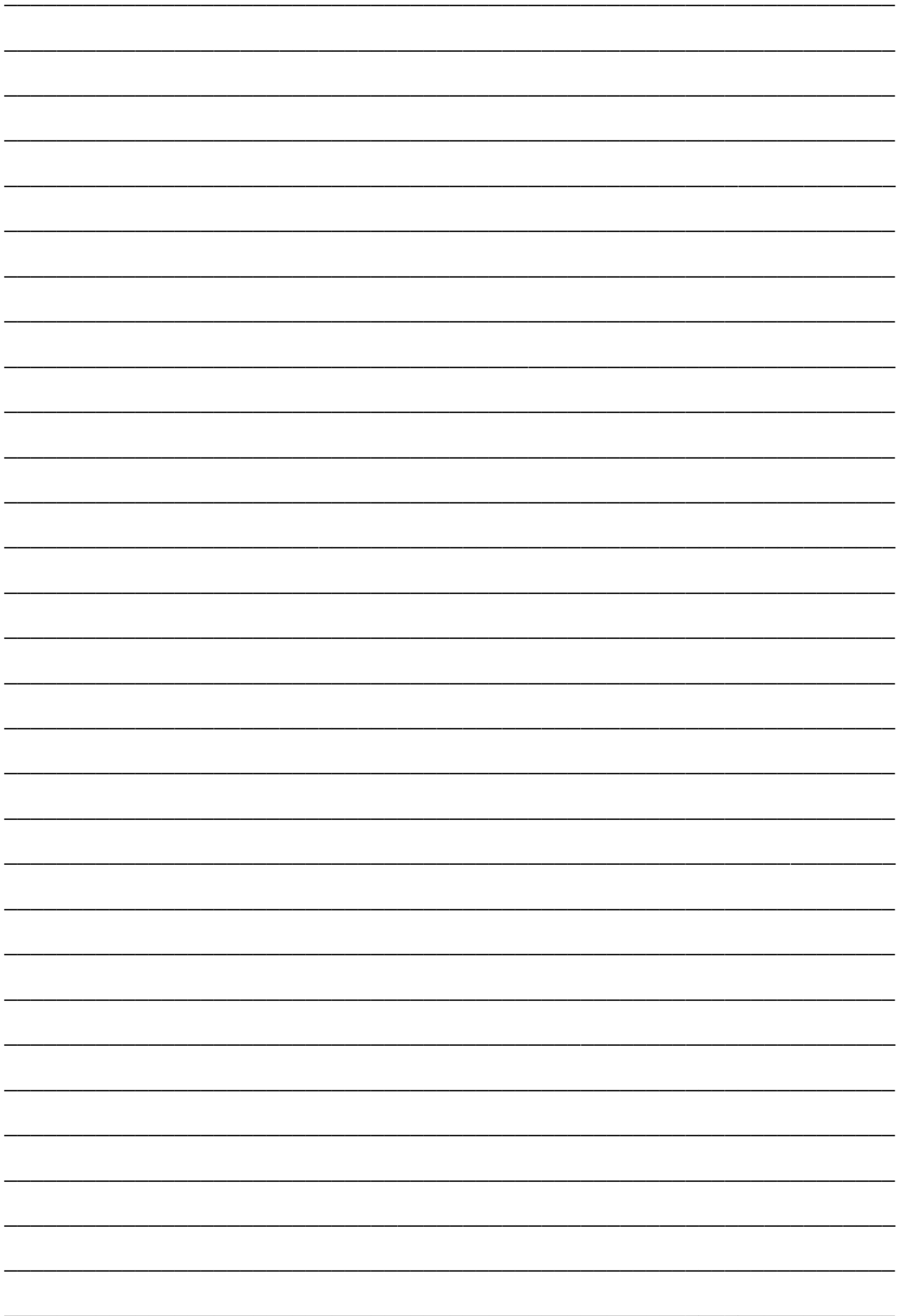


СХЕМА НАПИСАННЯ ЩОДЕННА

Впродовж курації необхідно відобразити перебіг захворювання (динаміку скарг, об'єктивних даних, місцевих проявів, ефект лікування) у вигляді не менше трьох щоденників. Перший щоденник студент пише на момент курації (в перші дні перебування хворого у стаціонарі), а останній при виписці пацієнта із стаціонару.

В щоденнику необхідно написати скарги пацієнта, коротко об'єктивно описати загальний його стан, що йому виконано, призначення тощо. В останньому щоденнику – це огляд завідуючого відділення, стан пацієнта повинен бути задовільним, скарги відсутні. Вкінці – рекомендовано виписати хворого із стаціонару для подальшого лікування в умовах поліклініки або нагляду онколога поліклініки.

Приклад:

Огляд лікуючого лікаря (студента-куратора)

Дата, години.

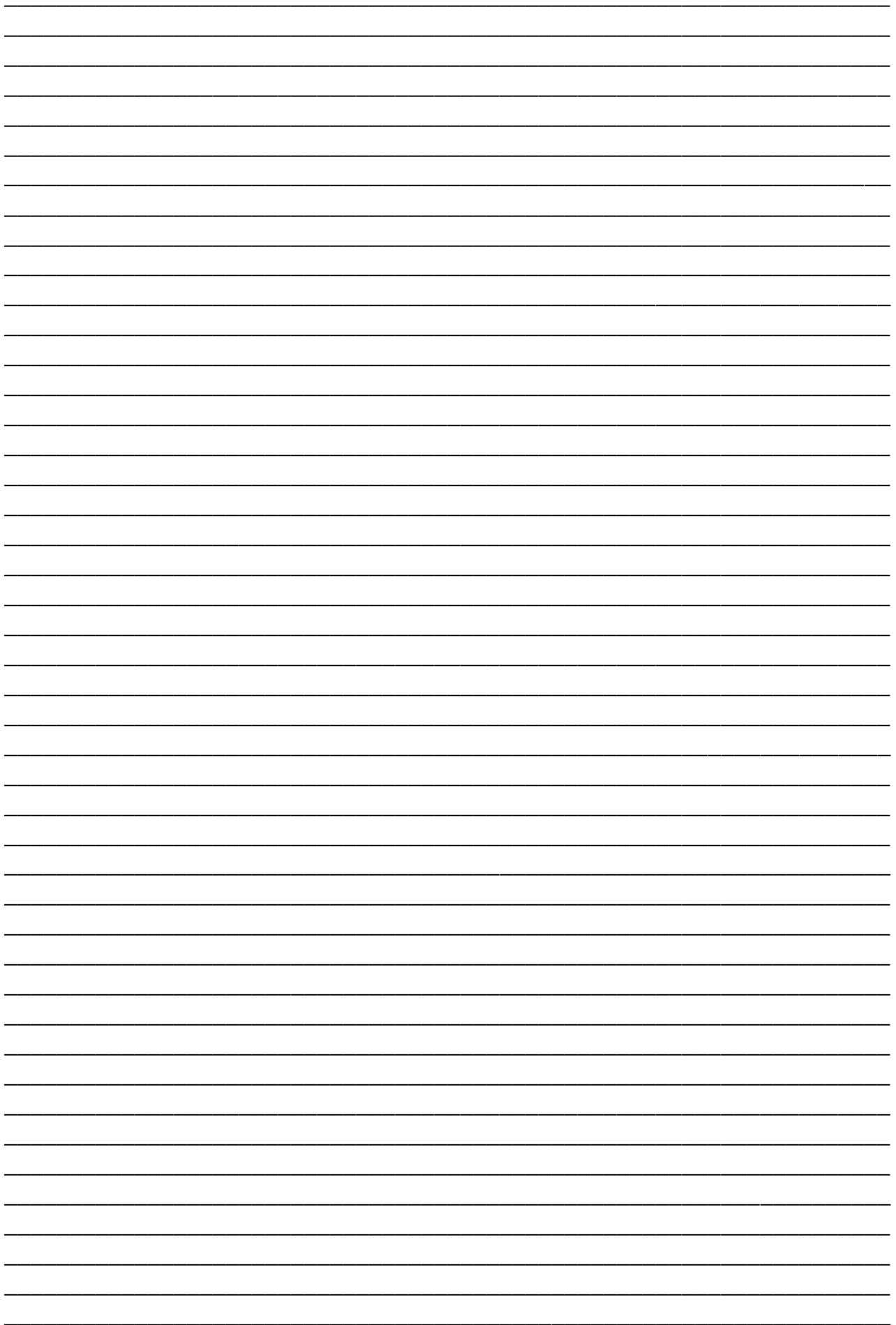
Скарги на болі в ділянці післяопераційної рани, періодичну нудоту, загальну слабкість.

Об'єктивно: Загальний стан хворого середньої тяжкості. Свідомість ясна. Температура тіла – 37,4 ° С. Шкіра та видимі слизові блідо-рожевого кольору. Легені – везикулярне дихання ослаблене у нижніх відділах. Серце – тони ритмічні, приглушені. АТ – 110/70 ммHg. Пульс 82 ударів за хвилину, ритмічний задовільного наповнення. Язик – вологий, вкритий білим нашаруванням. Живіт при огляді симетричний, приймає участь в акті дихання. При пальпації м'який, болючий по ходу післяопераційної рани. Перитонеальні симптоми негативні. Перистальтика вислуховується. Гази відходять. Стілець – після клізми. Діурез – 1600 мл за добу. Сеча звичайного кольору.

Місцевий статус: Післяопераційна рана – пов'язка чиста, ознак запалення, виділень не має. П/о рана загоюється первинним натягом, виконано перев'язку. По дренажах з черевної порожнини до 70 мл серозно-геморагічних виділень. По назогастральному зонду до 1000 мл шлунково-кишкового вмісту.

Хворий продовжує лікування згідно призначень.

Підпис лікуючого лікаря (студента-куратора)



ТЕМПЕРАТУРНИЙ ЛИСТ

Історія № _____

Палата № _____

Прізвище, ім'я, по-батькові хворого _____

Дата			1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
День хвороби			1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
День перебування в стаціонарі			1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
П	АТ	Т	р	в	р	в	р	в	р	в	р	в	р	в	р	в	р	в	р	в	р	в	р	в	р	в
140	20	41																								
120	175	40																								
100	150	39																								
90	125	38																								
80	100	37																								
70	75	36																								
60	50	35																								
Дихання																										
Вага																										
Випито рідини																										
Добова кількість сечі																										
Стул																										
Вана																										

Примітка!

Якщо хворому були призначені наркотичні знеболюючі (обов'язково після оперативного втручання), то заповнюється листок наркотичних засобів.

Якщо хворому були призначено переливання компонентів крові, то заповнюється передтрансфузійний епікриз, а на наступний день призначається ЗАК, ЗАС.

Об'єм циркулюючої крові (ОЦК) вираховується по формулі Мура.

ОЦК (мл) = $P \times q \times ((\text{Еритроцити (пацієнта)} - \text{Еритроцити в нормі (чол. - 4,1; жін. - 3,8)} / \text{Еритроцити (пацієнта))}$

P – маса пацієнта (кг)

q – емпіричне число, яке відображає кількість крові в кл маси (чол. – 70; жін. – 65)

ЛИСТОК

Призначень лікарями наркотичних і психотропних лікарських засобів та виконання цих призначень

Історія хвороби № _____

Хворий(а) _____
Прізвище, ім'я, по-батькові

Хворий(а) прийнятий(а) " ____ " _____ 2014 р.

Діагноз _____

Дата призначення	Найменування призначеного наркотичного чи психотропного лікарського засобу	Підпис лікаря (розбірливо)	Час і доза введення	Підпис м/с, яка виконала призначення

ПЕРЕДТРАНСФУЗІЙНИЙ ЕПКРИЗ

Пацієнт _____ рік народження _____ Історії хвороби № _____

Група крові хворого (ї) _____ Резус фактор _____

Ріст _____ см. Маса _____ ОЦК _____ л.

У хворого (ї) гостра масивна крововтрата, геморагічний шок (вказати причину анемії) _____

Об'єм крововтрати _____ Дефіцит ОЦК _____

Загальний стан: середньої тяжкості, тяжкий, вкрай тяжкий.

Температури тіла - _____ °С.

Шкірні покриви: блідо-рожеві, бліді, жовтушні, геморагічна висипка.

Гемоциркуляторні порушення: АТ - _____ mmHg, Ps - _____ уд в хвилину.

Показники крові. В ЗАК від (дата) Ер - _____ x 10¹²/л, Нт - _____ г/л, Нт - _____ %.

В коагулограмі від (дата) Про тромб.індекс - _____ %, АЧТЧ - _____ с, Фібриноген - _____ мг/л.

Клінічний діагноз _____

Хворому (й) з метою _____

показано переливання компонентів крові (вказати які та в якій кількості) _____

Лікар (ППП) _____ (підпис) _____

Дата _____

ПРОГНОЗ

На підставі заключного клінічного діагнозу, а також беручі до уваги дані спостережень за хворим під час курації, можна встановити прогноз:

Прогноз відносно видужання (сприятливий, сумнівний, несприятливий).

Прогноз відносно життя (сприятливий, сумнівний, несприятливий).

Прогноз відносно працездатності (відновлена, тимчасово втрачена, стійко втрачена). _____

ЕПІКРИЗ

Це короткий переказ історії хвороби з акцентуванням на особливостях перебігу захворювання у конкретного пацієнта. Результати лабораторних і додаткових методів обстеження. Застосоване лікування і його ефективність. Причини виникнення ускладнень. Стан на момент виписки/закінчення курації. Подальше лікування. Рекомендації.

Хворий (прізвище, ім'я, по-батькові), (вказати рік народження), який проживає (вказати адресу), знаходився на лікуванні у відділенні _____ з “ ___ ” _____ 2014 по “ ___ ” _____ 2014 із діагнозом – (вказати заключний клінічний діагноз, але після отримання результатів патоморфологічного дослідження видаленого новоутворення необхідно перед TNM встановити індекс «р», а також ступінь диференціювання пухлини «G₁₋₄»).

Хворому виконано оперативне втручання № ___ дата, назва операції

