

Методические рекомендации к написанию студенческой истории болезни. Подготовка к написанию истории болезни.

Требования к студенческой истории болезни

Студенческая история болезни (далее – история болезни) – самостоятельная работа студента, в которой по определенной форме отражены сведения о находящемся в лечебном учреждении пациенте.

Форма представления истории болезни – рукописная.

Любая информация о пациенте, полученная в процессе выполнения истории болезни, составляет врачебную тайну и не должна разглашаться ни при каких обстоятельствах.

Этапы выполнения истории:

- 1 – подготовка к курации пациента,
- 2 – непосредственная курация пациента,
- 3 – работа с результатами дополнительных методов обследования пациента,
- 4 – самостоятельная работа студента с дополнительными источниками информации,
- 5 – оформление истории болезни,
- 6 – самооценка в соответствии с установленными критериями оценки.

Студент выполняет историю болезни во время прохождения цикла по дисциплине и сдает преподавателю в установленные сроки.

При подготовке истории болезни за основу принимается схема истории болезни, изложенная в методических рекомендациях кафедры.

Оценка истории болезни проводится по утвержденному на кафедре протоколу, суть которого заключается в дискретной оценке составных частей истории болезни, таких как:

1. Исследование пациента и правильность поставленного диагноза.
2. Умение обосновать диагноз.
3. Умение составлять план обследования.
4. Назначение лечения.
5. Грамотность.

По каждому из перечисленных пунктов установлены критерии присуждения баллов. Сумма баллов вычисляется и сравнивается с утвержденными кафедрой диапазонами баллов, соответствующих определенной оценке.

Содержание истории болезни эндокринологического больного

1. Паспортная часть
2. Жалобы
3. Анамнез заболевания
4. Анамнез жизни
5. Данные объективного обследования
6. Локальный статус
7. Предварительный диагноз и его обоснование
8. План дополнительных методов обследования
9. Данные дополнительного обследования
10. Дифференциальный диагноз
11. Клинический диагноз и его обоснование
12. План лечения
13. Этапный или выписной эпикриз
14. Список использованной литературы

Схема истории болезни

Титульный лист

Титульный лист студенческой истории болезни обязательно должен включать: ФИО куратора, номер группы, факультет, ФИО и должность преподавателя.

Паспортная часть

В паспортные данные следует включать следующие разделы:

ФИО

Дата и время поступления

Дата выписки

Пол

Возраст

Профессия и место работы

Место жительства

Диагноз при поступлении

Жалобы

Жалобы больного на момент поступления в стационар и на момент курации, включают основные, связанные с данным заболеванием и второстепенные, связанные с сопутствующей патологией.

Анамнез заболевания

В хронологическом порядке излагается начало заболевания, обстоятельства при которых оно возникло, симптомы проявления болезни и их динамика. Кроме того, необходимо уточнить изменение характера жалоб за прошедший период, отметить первое обращение за медицинской помощью, проведенное лечение и его эффективность.

При описании основных симптомов должны быть указаны: их локализация, качественные характеристики (начало, длительность, частота), обстоятельства возникновения, усиливающие или облегчающие факторы, сопутствующие проявления.

Например: Больным себя считает около 3 лет, когда на фоне избыточной массы тела стали беспокоить сухость во рту, жажда. К врачу не обращался, около 1 года назад стали беспокоить боли в ногах, онемение и жжение стоп, судороги в икроножных мышцах, усиливающиеся в ночное время. Обратился к неврологу по месту жительства, во время обследования был выявлен уровень гликемии 12 ммоль/л. Был направлен на консультацию к эндокринологу и установлен диагноз Сахарный диабет 2 типа. Пациенту были назначены таблетированные сахароснижающие препараты - метформин 1000мг 2 р/день. Диету соблюдает нерегулярно, физическая активность низкая. Уровень гликемии на фоне терапии метформином не превышал 6-8 ммоль/л натощак. Последние 2 месяца стал отмечать усиление жажды и сухости во рту, гликемия по глюкометру от 9 до 15 ммоль/л, похудел на 5 кг. Две недели назад на фоне повышения АД до 160 и 100 мм рт.ст. отметил снижение зрения на левый глаз. Около двух дней назад появилась общая слабость, тошнота, сегодня обратился в поликлинику по месту жительства. Была выявлена гликемия 18 ммоль/л, положительная реакция на ацетон в моче. Пациент был экстренно направлен на госпитализацию в эндокринологическое отделение ГБ№6.

Анамнез жизни

Общие биографические данные по периодам жизни (младенчество, детство, зрелый возраст).

Перенесенные ранее заболевания: детские болезни (перенесенные инфекции), болезни взрослого периода, включая: нервные, психические, острозаразные. Обязательно следует

отметить, были или нет: туберкулез, венерические заболевания, гепатит, онкологическая патология, ВИЧ, сахарный диабет. Указать предшествующие операции и травмы.

Для женщин обязателен гинекологический анамнез (количество беременностей, родов, менструальный цикл, его регулярность, время последней менструации, время наступления менопаузы).

Аллергологический анамнез (переносимость лекарственных препаратов, если есть, то описываются проявления аллергии, с обязательным перечислением препаратов их вызвавших).

Анамнез ВТЭ (был или не был на больничном листе в течение 12 последних месяцев, какое время, по какому заболеванию, инвалидность).

Гемотрансфузионный анамнез (были или нет переливания крови, когда, по какому поводу).

Семейный анамнез

Условия быта и труда

Вредные привычки (курение, прием алкоголя, наркотиков)

Наследственность.

Данные объективного обследования

Общие данные включают: общее состояние, положение и двигательную активность больного, телосложение, массу тела, рост, степень половой зрелости, температуру, состояние кожи и видимых слизистых, подкожной клетчатки. Пальпацию лимфоузлов (подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные, паховые), состояние мышечной, костно-суставной системы.

Психический статус: (сознание, интеллект, настроение, речь).

Нервная система: поверхностные рефлексы, дермографизм, мышечный тонус, нистагм поза Ромберга.

Органы дыхания: частота ритмичность, глубина дыхательных движений, форма грудной клетки, пальпация, перкуссия и аускультация.

Сердечно-сосудистая система: ЧСС, пульс, его ритм, АД, пальпация, перкуссия и аускультация сердца, пульс, давление, пульсация и аускультация периферических сосудов.

Органы пищеварения: полость рта и глотка, зубы, язык, зев, миндалины, осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация брюшной полости, исследование прямой кишки, паховых областей (грыжа), физиологические отправления.

Мочеполовые органы: пальпация почек, мочеиспускание.

Эндокринная система: осмотр и пальпацию щитовидной, определение «глазных» симптомов тиреотоксикоза, вторичные половые признаки.

Локальный статус

Описывается при наличии трофической язвы, ампутационной культи.

*Например: Нижние конечности: кожные покровы бледные, стопы прохладные на ощупь с выраженными трофическими изменениями (кожа сухая, истончена, тургор снижен, ногтевые пластины деформированы, с грибковым поражением, на стопах выраженный гиперкератоз). Пульсация на артериях обеих стопы снижена, чувствительность снижена по типу «носок». На дистальной фаланге первого пальца левой стопы язвенный дефект 1*1,5 см, с черной плотной сухой коркой, края язвы без воспалительных явлений, отделяемого нет.*

Предварительный диагноз

На основании данных полученных при сборе анамнеза, при осмотре и клиническом обследовании больного вы должны сформулировать предварительный диагноз.

Диагноз формулируется по единым правилам и включает основное заболевание, его осложнение и сопутствующее заболевание. Допускается написание обобщенного диагноза
Например: Сахарный диабет 2 типа. Диабетическая симметричная дистальная нейропатия, сенсо-моторная форма. Ожирение II ст.

Необходимо обратить внимание, что предварительный и клинический диагнозы могут не совпадать.

План обследования

Необходимо указать все методы исследования, которые вы считаете необходимыми для подтверждения или опровержения вашего предварительного диагноза, при этом обязательно указывается цель каждого исследования.

Данные дополнительного обследования

Данные биохимических и лабораторных исследований крови, мочи, других секретов или патологического отделяемого.

Инструментальные методы исследования.

Кроме того, приводя данные биохимических и лабораторных исследований, следует отмечать любые отклонения от нормы. Так же необходимо отображать динамику результатов исследований.

Дифференциальный диагноз (по ведущему синдрому)

Для дифференциальной диагностики выберете не менее 2 заболеваний, при которых могут наблюдаться подобные патологические симптомы. При этом необходимо помнить, что ряд заболеваний могут протекать атипично и соответственно требуют определенных диагностических мероприятий для подтверждения или исключения данного заболевания. Попробуйте сформулировать жалобы, данные анамнеза или симптомы, не вписывающиеся в клиническую картину установленного вами заболевания, и приведите необходимые методы обследования, способствующие разрешению возникших диагностических вопросов.

Диагноз и его обоснование

На основании жалоб больного, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, общего и локального статуса, методов дополнительных обследований и лабораторных данных следует сформулировать клинический диагноз и обосновать его.

• **Сахарный диабет 1 типа (2 типа) или Сахарный диабет вследствие** (указать причину) **или Гестационный сахарный диабет**

• **Диабетические микроангиопатии:**

- ретинопатия (указать стадию на правом глазу, на левом глазу);
- состояние после лазеркоагуляции сетчатки или оперативного лечения (если проводились) от... года
- нефропатия (указать стадию хронической болезни почек и альбуминурии)

• **Диабетическая нейропатия** (указать форму)

• **Синдром диабетической стопы** (указать форму)

• **Диабетическая нейроостеоартропатия** (указать стадию)

• **Диабетические макроангиопатии:**

- ИБС (указать форму)
- Хроническая сердечная недостаточность (указать функциональный класс)
- Цереброваскулярные заболевания (указать какие)

– Хроническое облитерирующее заболевание артерий нижних конечностей (указать стадию)

• **Сопутствующие заболевания**, в том числе:

– Ожирение (указать степень)

– Артериальная гипертензия (указать степень, риск сердечно-сосудистых осложнений)

– Дислипидемия и др.

Обосновывать следует полный клинический диагноз, то есть не только основное заболевание, но и его стадию, степень и осложнения.

В обосновании диагноза необходимо выделить симптомы, соответствующие основному заболеванию, развитию осложнений.

План лечения данного больного

Данный раздел пишется на основании истории болезни больного, указываются какие проведены мероприятия по лечению пациента с написанием рецептов препаратов.

Эпикриз

Должен включать ФИО больного, дату его поступления, диагноз и данные его подтверждающие. Краткую характеристику течения болезни, наблюдаемые вами особенности. Характер и результаты проведенного лечения, его эффективность, возникшие осложнения, данные проведенных исследований, состояние пациента при выписке или данный этап лечения. Необходимо указать ваши рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению больного. Где и кем следует наблюдать, какие препараты принимать, как долго и в какой дозе. Перечислите необходимые реабилитационные мероприятия, включая санаторно-курортное лечение. Необходимость оперативного лечения в будущем, регулярность или частоту выполнения необходимых обследований. Прогноз, трудоспособность пациента.

Список использованной литературы

Должен включать дополнительные источники, которые были использованы для написания истории болезни.

Подпись куратора

Дата