

СХЕМА АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Титульный лист

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский
Университет имени академика И. П. Павлова» МЗ РФ

Кафедра терапии факультетской с курсом эндокринологии, кардиологии
с клиникой им. Г.Ф. Ланга

Заведующий кафедрой: д.м.н., профессор Ю.Ш. Халимов

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

ФИО пациента

Дата рождения

Дата поступления в стационар

Диагноз основной

Осложнения основного

Сопутствующий

Осложнения сопутствующего

Куратор

Сроки курации

Преподаватель

Санкт-Петербург

Год написания

ЧАСТЬ 1

Паспортная часть: Фамилия, Имя, Отчество.

Дата рождения. Возраст

Социальный статус. Профессия

Дата поступления в стационар

Тип госпитализации

Жалобы при поступлении:

Жалобы на момент осмотра:

При расспросе больных необходимо обратить внимание на описание приступов болей, удушья, рвоты и других жалоб, симптомов, отмечая их связь с движением, приемом пищи и воздействием на них лекарственных препаратов, тепла, холода, и/или других факторов, в отношении болей установить их локализацию, иррадиацию, связь с физической нагрузкой (если таковая имеется) и/или другими провоцирующими боль факторами.

Анамнез заболевания

Развитие настоящего заболевания. Давность проявления первых симптомов. Причины появления симптомов (провоцирующие факторы, внешние факторы, предшествующие заболеванию, психические травмы (при их наличии)). Постепенное развития заболевания в хронологическом порядке, присоединение новых симптомов. Время обращения и оказания врачебной помощи.

Прежние диагнозы, лабораторные исследования, справки и рецепты лечебных учреждений (лекарственная терапия, которую получал (получает) пациент – препараты и дозировки). Повод к госпитализации в последний раз. Симптоматология при поступлении в стационар. Изменения в состоянии здоровья за время пребывания в стационаре.

Анамнез жизни.

Место рождения. Развитие в детстве. Условия жизни, работы, питание.
Профессиональные вредности. Развитие физическое и умственное.
Психические травмы.

Перенесенные заболевания.

Все заболевания в хронологическом порядке (в т.ч. и те, которые являются «основным диагнозом»), указывается год установления диагноза или длительность его течения, при необходимости - с опросом характерных для данного заболевания симптомов.

Оперативные вмешательства и травмы – указывается год и вид операции.

Наследственность.

Здоровье и причины смерти родителей, количество детей у родителей, их здоровье, причины их смерти. Обратить особое внимание на патологию, имеющую значение для основного заболевания данного больного.

Хронические интоксикации. Курение, злоупотребление алкоголем, прием наркотических препаратов с немедицинской целью.

Гинекологический анамнез (для женщин): начало и характер менструаций, количество беременностей, выкидыши, роды. Количество детей и их здоровье, здоровье мужа. Начало климактерического периода, его характер. Прием контрацептивов или гормональной заместительной терапии.

Эпидемиологический анамнез. Гепатиты, малярия, острые кишечные инфекции, вен. заболевания, туберкулез (указать год установления диагноза, находится ли на диспансерном учете, если находился – когда был снят с диспансерного учета). Выезд за пределы города и области за последний месяц. Посещение стоматолога за последний год. Дата и результат последней ФЛГ (если есть)

Аллергологический анамнез. Наличие пищевой, лекарственной или другой аллергии. Проявления этой аллергии.

Страховой анамнез. Нуждается ли пациент в больничном листе (если да – с какого числа). Находился ли на больничном листе на момент поступления в стационар (также с какого числа). Сколько раз находился на больничном за последний год. Есть ли группа инвалидности, какая, бессрочно или требуется переосвидетельствование (срок переосвидетельствования).

Опрос по системам и органам

в историю болезни записываются только патологические отклонения.

1. Сердечно-сосудистая система: боли за грудиной и в левой половине грудной клетки (их характеристики), одышка, сердцебиение, перебои в работе сердца, отеки, и пр.
2. Дыхательная система: одышка, кашель, боли в грудной клетке, наличие мокроты, характер мокроты, наличие кровохарканья.
3. Система пищеварения: боли в животе, их локализация, иррадиация, длительность, нарушение аппетита, диспепсические явления, характер стула.
4. Мочевыделительная система: дизурические явления, боли в поясничной области, изменения характера мочи.
5. Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко ли засыпает, глубина сна, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным и наркотикам).

Объективное исследование больного.

Оценка состояния больного. Состояние сознания – адекватность, контактность, ориентация во времени и пространстве. Телосложение, рост, вес, ИМТ, окружность талии (особенно, при наличии абдоминального типа ожирения). Тип конституции, состояние питания, распределение подкожно-жировой клетчатки. Состояние кожи и слизистых, наличие периферических отеков. Состояние лимфатических узлов. Состояние опорно-двигательного аппарата. Вторичные половые признаки, растительность.

Сердечно-сосудистая система. Характер пульса, его частота, наполнение, синхронность (симметричность), ритмичность. Если имеются какие-либо нарушения ритма, то точное определение характера аритмии. Артериальное давление (на обеих руках). Пульсация периферических артерий. Пульсация вен. Выпячивание грудной клетки в области сердца. Видимая пульсация сердца. Точное описание расположения этой пульсации и форма. Ретростернальная и эпигастральная пульсации.

Пальпация в области сердца и специально — верхушечного толчка, его форма, размер, характер. Кошачье мурлыканье (если есть).

Границы относительной и абсолютной сердечной тупости (дать заключение – в норме эти границы или нет).

Аускультация: тоны сердца, характеристика тонов в различных точках аускультации, изменение аускультативных данных в зависимости от перемены положения тела. Аускультация сосудов шеи (наличие шумов над проекцией сонных артерий).

Дыхательная система. Наличие цианоза и одышки. Число дыхательных экскурсий грудной клетки в 1 минуту. Участие в дыхании вспомогательных мышц. Характеристика перкуторного тона. Границы легочного перкуторного тона по всем линиям. Подвижность нижних краев легких. Определение перкуторного тона над пространством Траубе. Поля Кренига.

Если имеются изменения в легких или плевральные изменения, точное определение границ этих изменений в покое и при перемене положения тела.

Аускультация легких: Точная локализация и характеристика аускультативных данных: характер дыхания, как проводится в различные отделы легких. Наличие хрипов, их характеристика (влажные, сухие...). Наличие шума трения плевры (если есть – локализация).

Пищеварительная система. Зубы (зубная формула; при наличии протезов – указать), язык, десны, состояние миндалин. Форма и размеры живота, участие живота в акте дыхания. Перкуссия живота, болезненность,

напряжение брюшного пресса, вздутие, наличие признаков асцита.
Перистальтика.

Пальпация живота – пальпация органов брюшной полости, характеристика (желудок, кишка).

Печень: границы относительной и абсолютной печеночной тупости (по правой среднеключичной линии), определение поверхности и консистенции печени, характеристика нижнего края печени – ровность, мягкость, плотность, болезненность.

Селезенка: определение верхней и нижней перкуторных границ по средней подмышечной линии. Пальпация (если возможно): форма, поверхность, болезненность, консистенция.

Мочевыделительная система. Пальпация почек в разных положениях. Болезненность почки или области ее расположения. Симптом поколачивания по пояснице.

Щитовидная железа. Увеличена или нет. Размеры долей, консистенция, пульсация. Наличие симптомов Грефе, Мебиуса, Кохера, Дельримпля. При наличии шумов над проекцией щитовидной железы – описание шумов.

Нервная система. Зрачки. Дермографизм. Глоточный и конъюнктивальный рефлекс. Коленные и брюшные рефлексы. Сравнительное исследование чувствительности — тактильной, болевой, глубокой. Тремор, потливость.

Первичное представление о больном.

В развернутом представлении о больном на основании данных анамнеза, жалоб пациента, полученных данных объективного обследования определяются синдромы и возможный(ые) диагноз(ы) в рамках основного заболевания, также в первичном представлении о больном указываются и сопутствующие заболевания.

Предварительный диагноз. При затруднении в формулировке диагноза возможно написать синдромальный диагноз.

План обследования (необходимые лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов)

План лечебных мероприятий (перечисляются группы препаратов), обязательно указывается характер неотложных мероприятий, если имеются к ним показания.

ЧАСТЬ 2

1. **Лабораторные, инструментальные и прочие специальные исследования** (необходима интерпретация результатов лабораторных данных).

2. **Дневник ежедневного наблюдения** с обозначением на полях применявшейся терапии. Температура тела.

Дневник курации (отметить динамику жалоб, результаты проведенных исследований в этот день, изменения в терапии)	
дата	Стол
Жалобы	Режим
Объективное обследование кратко, основные жизненные показатели, динамика изменений – если имеется	Дата назначения каждого препарата
Новое в данных обследования, если появились	Rp.: T. Acidi Acetylsalicylici 0.1 (Trombo ASS)
Новое в терапии, либо отметить, что терапия в прежнем объеме.	DS: по 1 таблетке 1 раз в день после еды Дата отмены, если надо отменить В графах "Rp" указывается: - на латинском языке международное непатентованное наименование. Торговое или иное название лекарственного средства пишется в скобках снизу, его дозировка; - на русском или русском и

	<p>национальном языках способ применения лекарственного средства. Разрешаются только принятые правилами сокращения обозначений; твердые и сыпучие вещества выписываются в граммах (0,001; 0,5; 1,0), жидкие - в миллилитрах, граммах и каплях.</p>
--	--

3. **Диагноз.** Обоснование диагноза основного и сопутствующих заболеваний.
4. **Дифференциальный диагноз** со сходными клиническими формами (для основного заболевания).
5. **Объяснение симптомов с точки зрения патофизиологии** (для основного заболевания).
6. **Этиология и патогенез заболевания** в данном конкретном случае (для основного заболевания).
7. **Патанатомия** в данном конкретном случае (для основного заболевания).
8. **Обоснование применявшейся терапии** с точки зрения клинической фармакологии. Ее результаты.

9. **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ (ВЫПИСНОЙ) или ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ**

Непосредственная причина поступления в клинику.

Условия жизни, работы, питания (общая оценка).

Семейное положение, имеющее значение в возникновении данного заболевания. Психические травмы, имеющее значение в возникновении данного заболевания.

Прошлые заболевания, которые могли способствовать возникновению и развитию данного заболевания.

Данные клинического наблюдения и анализы, способствовавшие постановке диагноза.

Развитие и течение данного заболевания до поступления в клинику.

Особенности течения заболевания у данного пациента. Течение заболевания во время пребывания в клинике и эффект от той или иной терапии (проводимая терапия перечисляется в виде групп препаратов).

10. Развернутый клинический диагноз.

11. Рекомендации на руки пациенту:

- рекомендуемая диета и режим физической активности
- наблюдение специалистов амбулаторно
- рекомендации по выполнению лабораторных и инструментальных исследований амбулаторно.
- терапия на русском языке с дозами и кратностью и длительностью приема

12. Прогноз ближайший и/или отдаленный

Примечание: Эпикриз возможно писать короче, приводя данные, непосредственно касающиеся данного больного, данного заболевания. Допускается индивидуальная последовательность отдельных пунктов Эпикриза.