**ИНФОРМАЦИОННО-ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
| Имя, Отчество |  |
| Дата рождения: |  |
| Место рождения: |  |
| Гражданство: |  |
| Вероисповедание: |  |
| Последнее место жительства: |  |
| Семейное положение: |  |
| Мед. Диагнозы: |  |
| Рост: Вес: | ИМТ: |
| Члены семьи: |  |
| 1. Тел. |  |
| Группа типизации. Дата типизации |  |
| Опекунство: |  |
| С собой (очки, протезы, прочее) |  |
| Зубные протезы, слуховой аппарат |  |
| Средства передвижения(ходунки, коляска) |  |
| Примечания (аллергия, приступы и т.д.) |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **МОБИЛЬНОСТЬ** | **Самостоятельно** | **Под наблюдением** | **При помощи** | **Не может** |
| Вставать/ложиться |  |  |  |  |
| В постели |  |  |  |  |
| Ходить |  |  |  |  |
| Стоять |  |  |  |  |
| По лестнице |  |  |  |  |
| **ГИГИЕНА** | **Самостоятельно** | **Под наблюдением** | **При помощи** | **Не может** |
| Ванна/душ |  |  |  |  |
| Гигиена тела |  |  |  |  |
| Переодеваться |  |  |  |  |
| Гигиена рта |  |  |  |  |
| **ПИТАНИЕ** | | | | |
| Диета: | | | | |
| Прием пищи: самостоятельно при помощи кормление персоналом | | | | |
| Питьевой режим: самостоятельно при помощи  нарушение глотания | | | | |
| **КОММУНИКАЦИЯ** | | | | |
| Речевые нарушения: нет не значительные. значительные отсутствует речь | | | | |
| Слуховые нарушения: нет не значительные. значительные глухота | | | | |
| **ОПРОЖНЕНИЕ** | | | | |
| самостоятельно при помощи недержание катетер, вид: | | | | |

**ОЦЕНКА РИСКОВ ФИО Дата рождения**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата**  **проведения оценки** | **Количество баллов** | | |
| **по Шкале Морсе**  **(оценка рисков падения)** | **по Шкала Нортон**  **(оценка риска развития пролежней)** | **Оценка риска возникновения контрактуры** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛИТЕЛЬНОГО (ПОСТОЯННОГО) ПРИМЕНЕНИЯ**

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата  назначения  Врач | Название  лекарственного препарата | Форма  (таблетки, растворы и т.д.) | Примечание  (до/после – еды и т.д.) | Количество (шт./капель) | | | | Дата отмены |
| Утро | День | Вечер | Ночь |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **НАЗНАЧЕНИЯ В СЛУЧАЯХ УХУДШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ** | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ЛИСТ ТЕКУЩИХ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ** ФИО **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата  назначения  Врач | Лекарственные препараты для перорального и инъекционного применения.  Прочие назначения: режим, диета, подготовка к исследованиям, анализы, процедуры, консультации | Форма  (таблетки, растворы и т.д.) | Примечание  (до/после – еды и т.д.) | Количество (шт./капель) | | | | Дата отмены |
| Утро | День | Вечер | Ночь |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**КОНТРОЛЬ ВОДНОГО БАЛАНСА** ФИО **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Дата рождения**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Время** | **Вид напитка** | **Кол-во (мл)** | **Итого в сутки** | **Подпись** | **Дата** | **Время** | **Вид напитка** | **Кол-во (мл)** | **Итого в сутки** | **Подпись** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Все отклонения от нормы регистрируются в бланке «история» и передаются по смене дежурной медсестре

**КОНТРОЛЬ НАЛИЧИЯ БОЛЕЙ**

ФИО **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Дата рождения **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата**  **Время** | **Состояние боли по оценочной шкале** | **Локализация боли** | **Субъективная оценка состояния**  **(общее состояние)** | **Возникновение**  **боли (в покое, при движении, прикосновении)** | **Что**  **предпринято** | **Результат** | **Подпись** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**ЖИЗНЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ** Ф.И.О. Дата рождения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Время** | **АД** | **Ps** | **t °** | **Сахар** | **Вес** | **Подпись** | **Дата** | **Время** | **АД** | **Ps** | **t °** | **Сахар** | **Вес** | **Подпись** | **Дата** | **Время** | **АД** | **Ps** | **t °** | **Сахар** | **Вес** | **Подпись** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**КОНТРОЛЬ ДЕФЕКАЦИИ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Время** | **Примечание** | **Подпись** | **Дата** | **Время** | **Примечание** | **Подпись** | **Дата** | **Время** | **Примечание** | **Подпись** | **Дата** | **Время** | **Примечание** | **Подпись** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Документировать: вид стула (если нормальный, то ставится только дата). Описываются только отклонения от нормы – вид стула (жидкий), протекание (боли, жалобы). Все отклонения регистрируются также и в бланке «история болезни» и передаются по смене медсестре

**КОНТРОЛЬ ЗА ИЗМЕНЕНИЕМ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА ПАЦИЕНТА** ФИО **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Время | Изменение положения тела: правый бок, левый бок, спина, верхняя часть выше, сидя в постели, коляска, стул, сидя на краю кровати и т.д. | Подпись | Дата | Время | Изменение положения тела: правый бок, левый бок, спина, верхняя часть выше, сидя в постели, коляска, стул, сидя на краю кровати и т.д. | Подпись | Дата | Время | Изменение положения тела: правый бок, левый бок, спина, верхняя часть выше, сидя в постели, коляска, стул, сидя на краю кровати и т.д. | Подпись |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**КОНТРОЛЬ УХОДА ЗА ПОДОПЕЧНЫМ** ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Месяц | | | | | | | | |
| **Манипуляции/Дата** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** | **29** | **30** | **31** |
| **НАПРИМЕР (выбираем/добавляем) из ИПУ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Утренний туалет |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Вечерний туалет |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Душ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Смена постельного белья |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Смена нательного белья |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Смена подгузника |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Кормление |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Питье |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ПРОЧЕЕ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Укладка в постели |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Транспортировка |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сопровождение |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Профилактики |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Отклонения от плана ухода подлежат документированию. Утренний/вечерний туалет: умывание лица, глаз, рук, интимной зоны; полости рта.

**КОНТРОЛЬ ПРОТЕКАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ** ФИО **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Дата рождения **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Место фото | Дата возникновения: | | Место возникновения: |
| Локализация: |
| **Описание:** | | |
| Размер: |  | Окружение раны: |
| Цвет: |  |
| Запах: |  | Состояние кожных покров: |
| Секрет: |  |
| Наличие болей: |  |  |

**Терапия, назначенная врачом:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Мероприятия при уходе:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Примечания:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подпись:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**КОНТРОЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ** ФИО **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Дата рождения **\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата, Время** | **Выполнение назначения врача** | **Наблюдения** | **Подпись** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ИСТОРИЯ УХОДА**  ФИО **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Дата рождения **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Событие** | **Подпись** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСУГА** ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Время** | **Проведенное мероприятие, описание** | **Подпись** | **Дата** | **Время** | **Проведенное мероприятие, описание** | **Подпись** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Лист для посещения лечащего врача

ФИО **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Дата рождения **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Обратить внимание | Рекомендации врача | Дата |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**БИОГРАФИЯ**

**ДЕТСВО И ЮНОСТЬ:**

Родители: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Когда умерли: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сестры/братья: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

К кому из членов семьи имеет особенную привязанность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место рождения, переезды: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПРОФЕССИЯ И СЕМЬЯ:**

Профессиональная деятельность (образование, место работы): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Семейное положение (женитьба, разводы, потери): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дети (имена, даты рождения, где живут, живы/умерли): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Близкие люди (соседи, друзья) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ:**

Важные жизненные переживания (пережил войну, потеря близких, достижение успеха, жизненные удачи)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактность (раньше и сегодня) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Какие критерии особенно важны (аккуратность, точность, вежливость) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Принадлежность к религии (что важно соблюдать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ВОСПРИЯТИЕ ОКРУЖЕНИЯ:**

Ограничения зрения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ограничения слуха \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Любимая музыка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Любимые запахи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Правша/левша \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Какую роль играет активность (движение, участие в мероприятиях)

Отношение к близости (прикосновения желательны/не желательны)

**ЗАНЯТОСТЬ: чем проживающий занимался с удовольствием раньше** **О** Ведение домашнего хозяйства  **О**Хобби **О**Спорт  **О** Путешествие **О**Домашние животные  **О**Велосипедные прогулки

Какие темы интересны пациенту (политика, кулинария, и тд) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Какие средства массовой информации предпочитает:  **О** радио  **О**телевидение **О**кино **О**книги

Коллекционирование  **О**марки  **О**монеты **О**камни **О** не коллекционировал Любимые игры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПРИВЫЧКИ В ОБЛАСТИ ГИГИЕНЫ:**

Проведение утреннего/дневного туалета (время, последовательность: лицо, руки, зубы и т.д., частота, ванна, душ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**О**существует предпочтения  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **О**холодная вода **О**теплая вода **О**моющиесредства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Крема, лосьоны  **О**да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **О**нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Как часто и чем чистил(а) зубы (протезы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Как часто брился \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Как ухаживал(а) за волосами \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ОДЕЖДА: любимая вид одежды, цвет, карманы (есть/нет), украшения, часы и т.д.**

**ПИТАНИЕ, ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ:**

Любимая еда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Любимые напитки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Культура за столом (использование столовых приборов, салфетки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телосложение раньше:  **О**худой **О**плотный  **О**полный  **О** толстый

Падает ли вес в последнее время:  **О**да  **О**нет

Если да, то почему \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ОТДЫХ И СОН:**

В какое время проживающий ложится ложился спать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ В какой позе проживающий привык засыпать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Какую позу проживающий не воспринимает \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Существуют ли ритуалы (музыка, второе одеяло для ног, ночник и т.д.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Не выключать свет, засыпать под телевизор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Во сколько проживающий встает утром \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Спит ли днем, если да, во сколько \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ От чего расслабляется: (тишина, музыка, природа) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАБОЛЕВАНИЯ:**

Были ли тяжелые заболевания в детстве, юности, старости (какие?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Как переживал(а) свои заболевания и болезни близких \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Персональный план ухода**

**ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДР:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **КОММУНИКАЦИЯ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Проблемы (П.)**  **Ресурсы (Р.)** | **Цели** | **Запланированные манипуляции**  **Кто, когда, как, где** | **Дата**  **контроля** |
|  |  |  |  |  |

1. **МОБИЛЬНОСТЬ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Проблемы (П.)**  **Ресурсы (Р.)** | **Цели** | **Запланированные манипуляции**  **Кто, когда, как, где** | **Дата**  **контроля** |
|  |  |  |  |  |

1. **КОНТРОЛЬ ВИТАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Проблемы (П)**  **Ресурсы (Р)** | **Цели** | **Запланированные манипуляции**  **Кто, когда, как, где** | **Дата**  **контроля** |
|  |  |  |  |  |

1. **Возможность ухаживать за собой**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Проблемы (П)**  **Ресурсы (Р)** | **Цели** | **Запланированные манипуляции**  **Кто, когда, как, где** | **Дата**  **контроля** |
|  |  |  |  |  |

1. **ПРИЕМ ПИЩИ/ЖИДКОСТИ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Проблемы (П)**  **Ресурсы (Р)** | **Цели** | **Запланированные манипуляции**  **Кто, когда, как, где** | **Дата**  **контроля** |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | |

1. **ОПОРОЖНЕНИЕ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Проблемы (П)**  **Ресурсы (Р)** | **Цели** | **Запланированные манипуляции**  **Кто, когда, как, где** | **Дата**  **контроля** |
|  |  |  |  |  |

1. **ПЕРЕОДЕВАНИЕ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Проблемы (П)**  **Ресурсы (Р)** | **Цели** | **Запланированные манипуляции**  **Кто, когда, как, где** | **Дата**  **контроля** |
|  |  |  |  |  |

1. **СОБЛЮДЕНИЕ РЕЖИМА СНА/ОТДЫХА**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Проблемы (П)**  **Ресурсы (Р)** | **Цели** | **Запланированные манипуляции**  **Кто, когда, как, где** | **Дата**  **контроля** |
|  |  |  |  |  |

1. **ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСУГА**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Проблемы (П)**  **Ресурсы (Р)** | **Цели** | **Запланированные манипуляции**  **Кто, когда, как, где** | **Дата**  **контроля** |
|  |  |  |  |  |

1. **ОЩУЩАТЬ СВОЮ ПОЛОВУЮ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Проблемы (П)**  **Ресурсы (Р)** | **Цели** | **Запланированные манипуляции**  **Кто, когда, как, где** | **Дата**  **контроля** |
|  |  |  |  |  |

1. **СОЗДАНИЕ БЕЗОПАСНОГО ОКРУЖЕНИЯ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Проблемы (П)**  **Ресурсы (Р)** | **Цели** | **Запланированные манипуляции**  **Кто, когда, как, где** | **Дата**  **контроля** |
|  |  |  |  |  |

1. **Возможность поддерживать и развивать социальные контакты, связи и области**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Проблемы (П)**  **Ресурсы (Р)** | **Цели** | **Запланированные манипуляции**  **Кто, когда, как, где** | **Дата**  **контроля** |
|  |  |  |  |  |

**13. УМЕНИЕ СПРАВЛЯТЬСЯ С ЭКСИСТЕНЦИАЛЬНЫМ ОПЫТОМ ЖИЗНИ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Проблемы (П)**  **Ресурсы (Р)** | **Цели** | **Запланированные манипуляции**  **Кто, когда, как, где** | **Дата**  **контроля** |
|  |  |  |  |  |

**Цифровая рейтинговая шкала оценки боли**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Цифровая рейтинговая шкала оценки боли (для самооценки взрослых пациентов и детей старше 5 лет) состоит из десяти делений, где 0 означает «боли нет», а 10 - «боль невыносимая». Специалист, оценивающий боль, должен объяснить пациенту что: 0 - боли нет, от 1 до 3 баллов - боль незначительная, от 4 до 6 баллов - боль умеренная, от 7 до 9 баллов - боль выраженная и 10 баллов - боль невыносимая. Проживающий должен сам оценить боль, выбрав числовое значение, которое соответствует интенсивности боли.

**Оценка боли по шкале гримас Вонг-Бейкера**



Шкала гримасс Вонг-Бейкера предназначена для оценки состояния взрослых пациентов и детей старше 3 лет. Шкала гримасс состоит из 6 лиц, начиная от смеющегося (нет боли) до плачущего (боль невыносимая). Специалист, оценивающий боль должен объяснить пациенту в доступной форме, какое из представленных лиц описывает его боль.

**Шкала оценки риска падения по Морзе**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Балл** | **Балл** |
| Падение в анамнезе (Падал ли в последние 3 мес.) |  |  |
| **Нет**  **Да** | 0  25 |  |
| Есть ли сопутствующее заболевание ( См. медицинскую карту, консультация с врачом) |  |  |
| **Нет** | 0 |  |
| **Да** | 15 |  |
| Ходит самостоятельно: |  |  |
| Ходит самостоятельно, или строгий постельный режим (немобилен) | 0 |  |
| Костыли/ ходунки/ трость /коляска | 15 |  |
| Опирается о мебель или стены для поддержки | 30 |  |
| Принимает внутривенное вливание (есть система) /принимает (гепарин, др.) |  |  |
| **Нет** | 0 |  |
| **Да** | 20 |  |
| Походка |  |  |
| Нормальная (ходит свободно) | 0 |  |
| Слегка несвободная (ходит с остановками, шаги короткие, иногда с задержкой) | 10 |  |
| Нарушения (не может встать, ходит опираясь, смотрит вниз) | 20 |  |
| Психическое состояние |  |  |
| знает свою способность двигаться | 0 |  |
| не знает или забывает, что нужна помощь при движении | 15 |  |
| Общий балл | |  |

Оценка

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| баллы | Степень риска | Рекомендации |
| 0 баллов | нет риска | Осуществление мероприятий по основному медицинскому уходу |
| 5 -20 баллов | низкий уровень |
| 25 – 24 баллов | средний уровень | Внедрение стандартизированных мер для профилактики падений |
| Больше 45 баллов |  | Внедрение специфических мер (консультация с врачом), направленных на профилактику падений |

**ШКАЛА НОРТОН (оценка риска возникновения пролежней)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Физическое состояние** | | **Мышление** | | **Активность** | | **Подвижность** | | **Недержание** | |
| Хорошее | **4** | Ясное | **4** | Ходит без помощи | **4** | Полная | **4** | Нет | **4** |
| Удовлетворительное | **3** | Апатия | **3** | Ходит с помощью | **3** | Слегка ограниченная | **3** | Иногда | **3** |
| Плохое | **2** | В замешательстве | **2** | Прикован к инвалидному креслу | **2** | Очень ограниченная | **2** | Чаще отмечается недержание мочи | **2** |
| Очень плохое | **1** | Тупоумие | **1** | Лежачий | **1** | Полностью неподвижен | **1** | Чаще отмечается недержание мочи и кала | **1** |

**Интерпретация:**

15-20 баллов – вероятность образования пролежней невелика

13-14 баллов – вероятно образование пролежней

**4-12 баллов – очень высокая вероятность образования пролежней**