

Семей мемлекеттік медицина университеті
Ішкі аурулар пропедевтикасы кафедрасы

СӨЖ

Тақырып: Аура тарихының схемасы

Тексерген:

Орындаған: Бақтиярова Ж.Н.

230-топ ЖМ

Семей 2017ж



Жоспар:

I.Кіріспе

II.Негізгі бөлім:

- а) Ауру тарихы.
- б) Ауру тарихының құрылысы, жазылу ережелері.
- в) Ауру тарихының маңызы.

III.Қорытынды

IV. Пайдаланған әдебиет тізімі.



Кіріспе

Дәрігерлік ауру тарихы- ең негізгі медициналық құжат болып табылады. Ауру тарихында объективті және субъективтік тексерістердің нәтижелері зертханалық және аспаптық тексерістердің көрсеткіштері, клиникалық диагноз және оның нақтылығы, дәрі - дәрімектерді тағайындау және оның әсерін бақылау, күнделік түріндегі аурудың қарқыны мен кезеңдік эпикриздер көрсетілген. Ауру тарихы заңды құжат, ол бойынша медициналық қызмет көрсетудің сапасы бағаланады



Ауру тарихы белгіленген стандарт бойынша реттелікпен жазылады.

•Алғашқы бетінде науқастың жеке төлқұжатының мәліметтері, сақтандыру компаниясы туралы мәліметтер, сақтандыру сериясы мен нөмері жазылады.



- Одан кейін науқастың сұрақтарға жауаптары (шағымдары, өмірлік анамнезі, ауру анамнезі) және жалпы қараудың нәтижелері (тыныс алу жүйесі, қан айналым жүйесі, ас қорыту, зәр шығару, ішкі секреция, жүйке жүйесі және қажет болса, хирургиялық мәртебесі) жазылады.

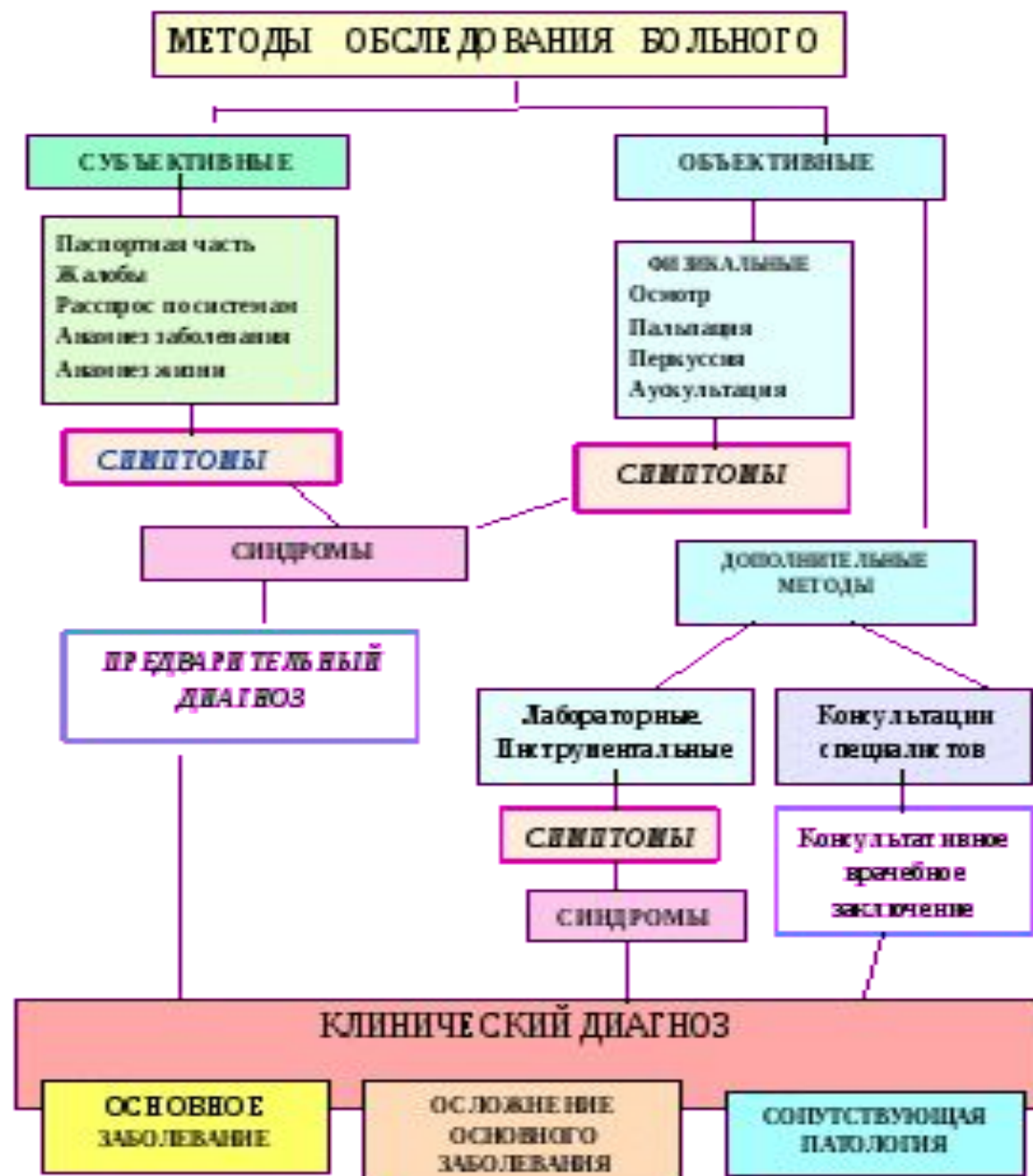
- Науқастың клиникалық тексерістердің нәтижелеріне қарап болжамды диагноз қойылып, науқасты аспаптық тексерулердің жоспары құрылады.



АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА

Этапы диагностического процесса:

1. Выявление симптомов;
2. Выделения синдромов (синдромальный диагноз);
3. Собственно постановка диагноза на основании характерного сочетания синдромов



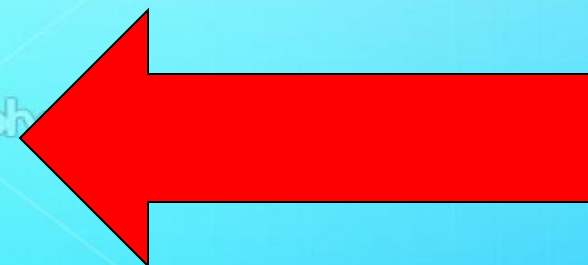
Науқасқа сұрақтар қою оның негізгі шағымдарын анықтаудан басталады, диагностикалық маңызына қарай олар: негізгі және қосымша шағымдар болып бөлінеді. Негізгі шағымдар негізгі аурудың диагнозына бағытталған, олар іс жүзінде науқасты көбірек мазалайды. Науқасты тексеру барысында әр түрлі шағымдардың диагностикалық мағынасы өзгеруі мүмкін екендігін есте сақтаған жөн.





Мысалы: Науқас өзінің тізе буындарының қатты ауырсынуын артрозбен байланыстырса, ал нәжістің қошқыл түсті, сұйық болуына науқас көңіл бөлмейді. Ол медикаментозды асқазанның жарасынан қан кетуден пайда болады. Науқастың субъективті қабылдаудің ерекшелігіне қарамастан, аурудың негізгі диагнозы – асқазанның ойық жарасы болады.

Кейбір науқастар өзінің ауырсыну сезімін түсінікті жеткізе алмайды. Мұндай жағдайда науқастарға бағытталған сұрақтар қою керек немесе туыстарынан сұрастыру қажет. Дәрігер қаншалықты білікті әрі әр түрлі аурулардың белгілерін көре білсе, соншалықты дәрігерге берілген шағымдарға байланысты сұрақтарды ұйымдастыру оңай болады.



Шағымдарды сұрастырып болған соң, ауру анамнезі жинақталады (грек тілінен аударғанда-еске түміру деген мағынаны білдіреді). Дәрігер науқастан келесі сұрақтарға жауап алу керек.

- ауру қашан, қандай жағдайдан кейін, қандай симптомдардан кейін басталды
- ауруына байланысты қандай іс әрекеттер жасалды
- аурудың қарқыны және оның пайда болу белгілерінің көрінісін анақтайды



• Аурудың шынайы тарихы – **Anamnes morbi** (бұл сатыда науқас өзінің ауырсынудың пайда болғаннан бастап, ұзақтығын айтады.)

• Өмір тарихы - **Anamnes vitae** (бұл сатыда науқастың қысқаша биографиясы жазылады).

• Шынайы қалпы – **Status presents.** (Науқастың жалпы шынайы қалпысы, мысалы: онын қанағаттанарлық, орташа, ауыр жағдайлар.)

• Алдын ала қойылатын диагноз.

• Клиникалық диагноз.

• Дифференциалды диагноз.

• Этиология и патогенез

• Сауығудың жоспары

• Қорытынды клиникалық диагноз.

• Эпикриз



Пайдаланган әдебиет:

1. Жамбалов Д.Б. Схема истории болезни больного (методическая разработка) с дополнениями Улан-Удэ 2009г
2. СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
Методические указания для студентов II—VI курсов медицинских институтов Под редакцией профессора А.В. Струтынского Москва 2013 г
3. <http://historia-morbi.ru/shema.html>
4. <http://www.studentlibrary.ru/doc/ISBN9785970430583-SCN0004.html>

