

Схема истории болезни.

- 1. Сбор информации о пациенте (паспортная часть, жалобы, анамнез).
- Общий осмотр и осмотр по органам и системам (дыхательная, сердечно – сосудистая, пищеварительная, мочеполовая, эндокринная, нервно – психический статус).
- Предварительный диагноз.
- План обследования.
- План лечения.

## Расспрос больного.

- Так как расспрос касается воспоминаний больного, что по-гречески звучит как **anamnesis**, по сути, он позволяет составить представление об истории развития заболевания (**anamnesis morbi**) и истории жизни больного (**anamnesis vitae**).

## **Расспрос состоит из четырех разделов:**

- 1. Паспортные данные
- 2. Жалобы на момент поступления
- 3. Anamnesis morbi
- 4. Anamnesis vitae

## ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

- Фамилия, имя, отчество больного (полностью)

\_\_\_\_\_

- Возраст

- Образование \_\_\_\_\_

- Семейное положение \_\_\_\_\_

- Пол \_\_\_\_\_

- Домашний адрес \_\_\_\_\_

- Адрес родственников или близкого человека \_\_\_\_\_

- Место работы, профессия (должность) \_\_\_\_\_

- Дата поступления в клинику \_\_\_\_\_

- Дата выписки \_\_\_\_\_

## Особые отметки

- Непереносимость лекарственных средств \_\_\_\_\_

- Группа крови, резус фактор \_\_\_\_\_

## Жалобы.

- Различают главные и дополнительные жалобы, основные и менее значительные.
- Перед пациентом ставятся вопросы "На что жалуетесь?", "Что беспокоит?".
- Вполне уместно в начале беседы дать возможность высказаться самому больному, а затем, с учётом услышанного, задать необходимые дополнительные вопросы.
- Таким образом, расспрос продолжается уже при самом активном участии врача или расспрашивающего студента.
- Необходимо помнить, что расспрашивающего в этот момент интересуют не предшествующие диагнозы, которые может начать перечислять больной, а его субъективные ощущения болезни.

При расспросе больного, выяснении его жалоб, прежде всего, выясняют наличие или отсутствие **болевого синдрома**. При его описании устанавливают:

- Локализацию боли,
- Иррадиацию, или распространение, боли,
- Продолжительность боли,
- Интенсивность боли,
- Характер боли (тупые, разрывающие, жгучие, давящие, колющие, сжимающие, распирающие, сверлящие, схваткообразные боли),
- Причины возникновения боли,
- Факторы усиливающие боль,
- Факторы облегчающие боль (лекарства, физические факторы – тепло или холод, поза),
- Сопутствующие болям симптомы (тошнота, головокружение и др.),
- Закономерности появления боли (если имеются).

- Все жалобы, излагаемые больным, записываются в отредактированном виде, желательно посистемно.
- Слова "редакция жалоб" подразумевают запись жалоб больного на литературно правильном и понятном языке.
- Кроме того, больной может излагать жалобы хаотично.
- Задача же врача или фельдшера "рассортировать" их посиндромно или посистемно, так, чтобы вырисовывалась определённая картина заболевания, записать их детально, коротко и чётко.

## История настоящего заболевания.

- При выяснении истории настоящего заболевания узнают когда, где и при каких обстоятельствах впервые в жизни заболел. Причины, вызвавшие заболевание (по мнению больного).
- Предшествующие заболеванию условия (переохлаждение, нервно-психическое переутомление и т.п.
- Расспрашивают как, остро или постепенно, началось заболевание и как оно проявилось вначале.
- Затем в хронологическом порядке описывают всю динамику симптомов и появление новых признаков заболевания.
- Выясняют причины ремиссии, их продолжительность, а так же причины и частоту обострений заболевания.

- Детально выявляют, когда и в какие лечебные учреждения обращался больной.
- Какие виды обследования ему проводились и их результаты. При этом можно использовать не только устную информацию от больного, но и все имеющиеся у него медицинские документы (выписки, результаты обследований и т.п.).
- Обязательно узнают, чем и с каким эффектом лечился больной. Эта информация ценная не только в плане диагностики, но и выбора дальнейшей тактики лечения.
- Уточняют мотивы настоящей госпитализации (ухудшение течения болезни, обследование для уточнения диагноза, экспертиза и т. п.).
- И вновь, не делают упор на предшествующем диагнозе, который был предварительно выставлен больному, поскольку он может оказаться неверен или неполон.
- Если больной уже находится в стационаре и переходит под наблюдение другого врача, то отражается динамика состояния больного в стационаре от момента курации до дня осмотра больного.
- При сборе медицински грамотного анамнеза заболевания недопустим допуск ничем не заполненных "провалов", порой достигающий нескольких лет.

## АНАМНЕЗ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)

- Место рождения, год рождения, бытовые условия детства, перенесенные заболевания детского возраста. С какого возраста начал учиться, как давалась учеба.
- Начало трудовой деятельности (с какого возраста), характер труда, где, кем работал, профессиональные вредности, нервно-психические перенапряжения.
- Бытовые условия последних лет - жилищные, питание. Семейное положение в настоящий момент, есть ли дети, сколько, их здоровье (если умирали, то указать причины смерти).
- Акушерско – гинекологический анамнез. У женщин — начало месячных, когда были последние, сколько беременностей, абортов, выкидышей (причины их), родов, были ли мертворожденные, состоит ли на учете у гинеколога, маммолога.
- Наследственность по линии отца и матери. Возраст родителей, их здоровье, если умерли, то в каком возрасте и причина смерти, здоровье близких родственников.
- Венерические заболевания, ЗППП, туберкулез, описторхоз, заболевания обмена веществ, психические заболевания в семье и у больного.

- Перенесенные больным заболевания (указать, какие и в каком году), сопутствующая патология (указать год начала заболевания, как протекает, какое лечение получает – препараты, дозировки) операции, контузии, ранения, травмы.
- Отношение к военной службе, участие в боевых действиях (если был освобожден или демобилизован, то указать причину), были ли фронтовые травмы, ранения, контузии, обморожения, ожоги.
- Вредные привычки — алкоголь (конкретно, как часто употребляет, сколько), курение — с какого возраста, что курит, сколько в сутки, наркотики, крепким чай, кофе.
- Продолжительность проживания в ХМАО-Югры.

- Аллергологический анамнез (указать непереносимые пациентом лекарственные вещества или пищевые продукты в каком виде протекает аллергическая реакция).
- Гемотрансфузионный анамнез (переливание донорской крови или ее компонентов – год по какому поводу).
- Эпидемиологический анамнез (контакт с инфекционными больными, употребление недоброкачественной пищи. Употребление в пищу рыбы семейства карповых, способы её приготовления).
- Экспертный анамнез (количество дней нетрудоспособности в текущем году).