

ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО
Кафедра дитячої хірургії

Зав. кафедрою проф. А.Й. Наконечний
Викладач _____

ІСТОРІЯ ХВОРОБИ ДИТИНИ

П.І.П. _____

Дата народження (вік) _____

Клінічний діагноз (українською та латинською мовами):

а) основний _____

б) ускладнення основного _____

в) супутні захворювання _____

Дата курації: початок _____ закінчення _____

Студент _____ групи _____ курсу _____ ф-та _____

200__/20__ учбовий рік

Львів

КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ

Відмінно – роботу подано своєчасно. Обстеження хворого проведено ретельно, всі графи історії хвороби повно та чітко заповнені. Вказаний та обґрунтований основний діагноз.

Добре – роботу подано своєчасно. Обстеження хворого проведено ретельно, при заповненні бланку історії хвороби є нечіткості. Недостатньо точно сформульовано діагноз.

Задовільно – роботу подано із запізненням або відмічаються неповне обстеження та заповнення граф історії хвороби. Повністю не обґрунтовано основний діагноз.

Незадовільно – несвоєчасне подання історії хвороби, неповне обстеження та заповнення граф історії хвороби. Немає обґрунтування основного діагнозу. Недбале оформлення.

(Історія хвороби має бути написана від руки на папері А-4, вкладена в окремий файл або папку.)

1. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1. Прізвище _____ Ім'я _____ По-батькові _____
 2. Вік (дата, місяць, рік народження) _____ Стать _____
 3. Дата поступлення в клініку _____ Відділення _____
 4. Відвідування дитячих установ (які) _____
 5. Батьки _____
-

6. Домашня адреса _____

7. Ким скерований хворий _____
8. Доставлений за невідкладними показами через _____ годин від початку захворювання, отримання травми; госпіталізований у плановому порядку (підкреслити).
9. Діагноз при скеруванні _____
10. Діагноз при госпіталізації _____
11. Клінічний діагноз _____

12. Дата встановлення _____

13. Заключний клінічний діагноз:

а) основний _____

б) ускладнення основного _____

в) супутні захворювання _____

14. Оперативне _____ втручання

2. СКАРГИ

(на момент поступлення хворого в стаціонар)

У цій частині історії хвороби необхідно послідовно описати хворобливі явища, які змусили хворого звернутися за лікарською допомогою. Крім основних, з точки зору хворого, скарг мають бути описані й хворобливі явища, які були виявлені при додатковому опитуванні лікарем. Вивчення і опис скарг має бути аналітичним. Це значить, що вислухавши певну скаргу, наприклад – на біль в епігастральній ділянці, потрібно розпитати хворого (батьків) таким чином, щоб про цей біль стало відомо все – характер, час виникнення, з чим хворий пов'язує його виникнення, якими явищами біль супроводжується, чим полегшується тощо.

3. АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ

В анамнезі має бути поданий опис виникнення та розвитку захворювання. Мають бути відображені всі моменти, які тим чи іншим чином вплинули на перебіг захворювання, а також окремих його етапів; мають бути знайдені їх причини. Цей розділ повинен дати відповідь на наступні питання:

- Коли (дата та час), відразу чи поступово, почалося захворювання? Які причини захворювання зі слів хворого?
- Перебіг захворювання – динаміка розвитку симптомів.
- Дані спеціальних досліджень до поступлення в клініку.
- Де, протягом якого часу, ким лікувався хворий (вдома, в поліклініці, стаціонарі).
- Лікування, яке проводилося, його ефективність.

4. АНАМНЕЗ ЖИТТЯ

Вагітність (яка за рахунком) _____ Стан здоров'я матері під час вагітності (гестози I та II половини вагітності) _____

Пологи _____ Термінові, передчасні (підкреслити). Ускладнення _____

Стан новонародженого _____

Вага при народженні _____ (г). Довжина _____ (см).

Захворювання періоду новонародженості _____

Вигодовування на першому році життя: природне, змішане, штучне (підкреслити).

Перенесені соматичні захворювання _____

Профілактичні щеплення _____

Алергологічний анамнез _____

Алергічні реакції (вказати) _____

Епідеміологічний анамнез _____

Контакт з туб. хворими _____ Відомості про венеричні захворювання _____

Матеріально-побутові умови сім'ї _____

5. ДАНІ ОБ'ЄКТИВНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

(на час поступлення хворого в стаціонар)

Загальний стан хворого: ступінь важкості – вкрай важкий, важкий, середньої важкості, задовільний (підкреслити). Поведінка дитини – активна, загальмована; свідомість – ясна, сомнолентна, сопорозна, коматозна. В контакт вступає, не вступає (підкреслити). Положення в ліжку – активне, пасивне (підкреслити). Вага _____ (кг). Ріст _____ (см). Оцінка фізичних показників: розвинений добре, відповідно до середніх норм, вище середнього, відстає у розвитку. Дефіцит маси тіла _____ %.

Шкіра: бліда, блідо-рожева, жовтянична, ціанотична, суха, волога (підкреслити). Температура, еластичність шкіри _____

Видимі слизові оболонки (колір, сухість, чистота) _____

Підшкірна жирова клітковина: ступінь та рівномірність розвитку _____

Тургор тканин задовільний, знижений (підкреслити)

Набряки _____, їх локалізація _____

Лімфатична система: які лімфатичні вузли пальпуються _____

М'язева система: ступінь розвитку м'язів _____ тонус _____

Кістки: викривлення. розм'якшення, деформації _____

положення лопаток _____ стан хребта: кіфоз _____

лордоз _____ сколіоз _____

Органи дихання.

Частота дихання за 1 хв. _____ ритм _____, характер (поверхнєве, глибоке, Чейн-Стокса, Куссмауля, Біота). Тип дихання – черевний, грудний, змішаний. Носове дихання – вільне, утруднене. Задишка _____ (інспіраторна, експіраторна, змішана). Кашель _____.

Аускультация: везикулярне, пуерильне, бронхіальне ослаблене, жорстке, амфоричне дихання (підкреслити).

Характер дихальних хрипів: сухі, вологі, крупно- або дрібнопухирцеві, крепітуючі. Вказати локалізацію, зміни після кашлю _____ Шум тертя плеври _____

Органи кровообігу.

Пульс _____ уд. за 1 хв. ритмічний (так, ні), наповнення _____ напруження _____

синхронність _____ АТ _____ мм. рт. ст.

Органи травлення.

Апетит _____. Слизова оболонка ротової порожнини: волога, суха, блискуча, чиста, яскраво-червона, інше _____. Язик: чистий, вологий. сухий. обкладений (підкреслити). Зуби _____. Мигдалики: розміри, поверхня, наявність патологічного вмісту _____

Живіт (форма, симетричність, здуття, рубці, стан пупка, розходження прямих м'язів)

Стан гризових отворів _____ Видима перистальтика _____

Венозна сітка передньої черевної стінки

Поверхнева пальпація: живіт м'який, напружений, болючий, неболючий (підкреслити); симптоми подразнення очеревини, м'язевий захист _____

Симптоми наявності рідини: перкуторно _____
симптом флюктуації _____.

Глибока пальпація за Образцовим: пальпація шлунку, тонкої та товстої кишки, печінки, жовчевого міхура, селезінки, підшлункової залози _____

Дослідження прямої кишки: тріщини, варікозні вузли, випадіння прямої кишки _____

Стілець _____ раз (и) на добу, консистенція _____, патологічні домішки _____.

Сечостатева система.

Статеві органи сформовані за _____ типом. Вторинні статеві ознаки _____

Сечовипускання: вільне, утруднене, почашене (підкреслити). Пальпація нирок _____
_____, сечоводів, сечового міхура _____

Симптом Пастернацького _____

Нервова система.

Втомлюваність _____ дратливість _____ запаморо-чення _____ працездатність _____ сон _____

Менінгеальні симптоми _____

Стан щитоподібної залози _____

6. ДАНІ МІСЦЕВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ (на момент поступлення хворого в стаціонар)

У цьому розділі мають бути послідовно описані дані, які отримані при огляді, пальпації, перкусії та аускультатії, а також описані симптоми, які притаманні для даної локалізації патологічного процесу.

7. ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ (без обґрунтування)

8. ПЛАН ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО

9. ДОДАТКОВІ КОНСУЛЬТАЦІЇ

10. ДАНІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

(в динаміці захворювання та лікування).

11.ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ

Проводиться диференціація з подібними захворюваннями шляхом порівняння та виключення. У підсумку аналізу з'ясовується та обґрунтовується основний клінічний

12.ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНИЙ ЕПІКРИЗ

13.ОБГРУНТУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНИХ МІРОПРИЄМСТВ

- передопераційна підготовка (при потребі)
- детально описаний хід операційного втручання
- післяопераційне лікування – дієта,
 - медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування конкретного хворого (доза препаратів, місце та кратність введення, тривалість лікування)

14. МАКРО- ТА МІКРОПРЕПАРАТ.

15. ОБГРУНТУВАННЯ КЛІНІЧНОГО ДІАГНОЗУ

З анамнезу захворювання, даних об'єктивного та додаткових методів дослідження, даних операційного лікування та даних гістології необхідно виділити провідні симптоми основного захворювання, які підтверджують попередній діагноз.

16.ЩОДЕННИКИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ХВОРОГО

(три щоденники в динаміці лікування)

17.ЕПІКРИЗ З РЕКОМЕНДАЦІЯМИ

(заключний з випискою хворого)