

APSTIPRINĀTI
DU DMK Padomes sēdē
2018.g. 30.augustā
Protokols Nr. 4

**DAUGAVPILS UNIVERSITĀTES AGENTŪRA
“DAUGAVPILS UNIVERSITĀTES
DAUGAVPILS MEDICĪNAS KOLEDŽA”**

METODISKIE NORĀDĪJUMI

**pacienta akadēmiskās
vēstures izstrādei**

Daugavpils 2018

Daugavpils Universitātes aģentūra — 16.B
“Daugavpils Universitātes Daugavpils medicīnas koledža”

Studiju programma “Ārstniecība” — 16.

KURSA DARBS — 18.

**AKADĒMISKĀ SLIMĪBAS VĒSTURE
PEDIATRIJĀ,
ĶIRURGIJĀ, TERAPIJĀ** — 22.B

16.

Darba autors:

(vārds, uzvārds, grupa)

(paraksts)

16.

Darba vadītājs:

(vārds, uzvārds, amats)

(paraksts)

Daugavpils 2018 — 16.

PACIENTA PERSONAS DATI

Vecums _____ dzimums _____

Tautība _____ valoda _____

Nodarbošanās _____

Reliģija _____

Ģimenes stāvoklis (vai ir māte, tēvs, nerakstot to vārdus un uzvārdus)

Kas pacientu nosūtījis _____

Veids, kādā nogādāts stacionārā (ar AMP vai plānveida) _____

Diagnoze iestājoties _____

Klīniskā diagnoze _____

asins grupa _____ Rh faktors _____

Zāļu blaknes, nepanesība (pēc pacienta vārdiem) _____

Pacienta kontaktpersona
(sociālā loma) _____

PACIENTA IZMEKLĒŠANA (subjektīvā un objektīvā informācija)

I Pirmā saruna ar pacientu vai/un vecākiem (aprūpētāju)

- ◇ datums, laiks, kad notiek saruna
- ◇ sazināšanās iespējas ar pacientu vai / un vecākiem (aprūpētāju) (informācijas iegūšanas iespējas)
- ◇ pacienta vai / un vecāku (aprūpētāja) pašsajūta sarunas laikā
- ◇ kā nokļuvis stacionārā (akūti, plānveidīgi)
- ◇ informācija par sūdzībām saistībā ar slimību
- ◇ informācija par izvirzītām problēmām
- ◇ informācija par pacienta atpūtu, miegu, apetīti, aktivitātēm, komfortu, elimināciju, drošību ierastajos apstākļos un pēdējo dienu laikā

II Pašreizējās slimības anamnēze

- ◇ slimības sākums, tālākā attīstība, pēdējais slimības uzliesmojums,
- ◇ slimības simptomi (sāpes, u.c.)
- ◇ kas palīdz
- ◇ medikamentu lietošana saistībā ar slimību

III Iepriekšējās veselības anamnēze

- ◇ mātes grūtniecība
- ◇ dzemdības
- ◇ jaundzimušā dati
- ◇ ēdināšana
- ◇ imunizācija
- ◇ skrīningtesti
- ◇ augšana un attīstība
- ◇ ieradumi (uzvedības īpatnības)
- ◇ medikamentu, cigarešu, kafijas, alkohola u. c. kaitīgu vielu lietošana
- ◇ iepriekšējās saslimšanas, tās simptomi un raksturs (slimību saistība ar radiniekiem)
- ◇ informācija par medikamentu lietošanu
- ◇ traumas
- ◇ operācijas
- ◇ asins pārliešanas, asiņošanas, brūču dzīšana

IV Dzīves anamnēze

V Ģimenes anamnēze (anamnēzes avoti ir slimnieka stāsts, piederīgo stāstījums un notikuma aculiecinieku stāstījums).

VI Pacienta somatiskā stāvokļa novērtējums (objektīvais stāvoklis)

- ◇ studenti slimnieku izmeklē patstāvīgi pie slimnieka gultas un apraksta objektīvo stāvokli
- ◇ antropometriskie dati (svars, garums, ķermeņa masas indekss)
- ◇ vitālie rādītāji (T, elpošana, pulss, AD)
- ◇ organisma sistēmu apraksti un lokālā stāvokļa apraksts

VII Pacienta psiholoģiskā un garīgā veselība

- ◇ emocionālais stāvoklis
- ◇ saskarsme
- ◇ reakcija uz saslimšanu un esošo situāciju
- ◇ garīgās vajadzības, labklājības izpratne
- ◇ pašapziņa
- ◇ ticība, vērtības, kultūras tradīcijas

VIII Sociālais labklājības dati

- ◇ sociālais atbalsts
- ◇ ģimene, draugi
- ◇ mājas apstākļi
- ◇ ienākumi
- ◇ nodarbošanās
- ◇ intereses
- ◇ informācijas nepieciešamība pacientam un / vai vecākiem (aprūpētājam)

IX Pacienta pašaprūpes novērtējums

- ◇ mazgāšanās
- ◇ ģērbšanās
- ◇ tualetes lietošana
- ◇ ēšana, barošana
- ◇ aktivitātes

X Papildus izmeklēšanas metodes:

- ◇ paraklīniskās, imunoloģiskās un strukturāli – funkcionālās
- ◇ no klīniskās slimības vēstures

IZMEKLĒJUMI UN KONSULTĀCIJAS

Pacienta dzimums, vecums _____

Noz. datums	Izpildes datums, laiks	Ordinācijas	Īss metodes apraksts	Izmeklējuma rezultāts

MEDIKAMENTU LIETOŠANA

Alerģijas ! _____

Pacienta vārds, uzvārds _____

Vecums _____ palāta _____

Nr.	Medikamenta nosaukums	Medikam. indikācijas	Reakc. uz medik.	Deva	Ievad. veids	Laiks	D a t u m s									

1 – pacients no medikamenta lietošanas attiecās

2 – medikaments nebija aptiekā

PIRMSOPERĀCIJAS LAPA

Pacienta vārds, uzvārds _____ vecums _____

Diagnoze _____

Operācija _____

Operācija veids: plānveida / akūta _____ Anestēzijas veids _____

Datums _____ Laiks _____

I Pacienta zināšanas un sagatavotība operācijai:

II Pacienta apmācīšana pēcoperācijas periodam:

III Premedikācijas:

IV Pacienta pirmsoperācijas aprūpe:

V Transportēšanas veids:

KLĪNISKĀ DIAGNOZE

Pamatdiagnoze _____

Pamatdiagnozes sarežģījumi _____

Blakusdiagnoze _____

Diagnozes pamatojums (uzrāda visus subjektīvos, objektīvos un papildizmeklēšanas datus, kas apstiprina diagnozes):

- slimnieka sūdzības, kuras saistītas ar pamatsaslimšanu;
- slimības anamnēze – iztirzāt slimības (traumas, citas slimības) sākumu, tālāko attīstības gaitu līdz apskates sākumam. Hroniskām saslimšanām jāmēģina argumentēt saslimšanas un paasinājuma cēloņus un tos veicinošos faktoros;
- objektīvās izmeklēšanas dati – objektīvos simptomus aprakstīt no ārstēšanas sākuma;
- papildizmeklēšanas dati – norādīt laboratoriskos, klīniskos, rentgenoloģiskos un citus izmeklējumus, kuri apstiprina diagnozi blakus saslimšanas – pamatot blakussaslimšanu diagnozi.

Diferenciālā diagnoze _____

OPERĀCIJAS APRAKSTS

- Dati par operāciju (*studentam lasīt papildus literatūru un piedalīties operācijā*):
 - operācijas datums;
 - laiks, ilgums;
 - pilns nosaukums bez saīsinājumiem.

- Dati par anestēziju:
 - anestēzijas veids;
 - anestezējošā viela.

- Operācijas gaitas apraksts:
 - operācijas lauka apdare;
 - grieziens (*rajons, garums, virziens, kādus audus pārgriež un kāda veidā-asā vai neasā ceļā*);
 - operācijas laikā atrastās patoloģiskās izmaiņas;
 - izdarītās iejaukšanās hronoloģiskā kārtībā;
 - kā veikta hemostāze, brūču sašūšana pa kārtām, drenāža, pārsējs.

- Pacienta stāvoklis operācijas laikā:
 - sarežģījumi operācijas un narkozes laikā.

- Makropreparāta apraksts (*izmēri un patoloģisko izmaiņu raksturojums izņemtajā orgānā*);

- Diagnozes maiņa:
 - ja pēc operācijas mainās diagnoze, tad tas jānorāda.

PĒCOPERĀCIJAS NOVĒRTĒJUMI (24 stundas pēc operācijas) no _____ līdz _____

Informācija par operāciju / dat. _____, laiks _____, ilgums _____,					Intravenozais katetrs _____ ir / nav					
Operācijas veids _____ plānveida / akūta					Lokalizācija _____					
Anestēzijas veids _____					Asins pārļiešana _____ ir / nav					
Laiks	Vitālie rādītāji				Brūce	Šķidruma bilance				Novērojumi
	AT	P	Elp.	T		Ievadītais šķidruma daudzums		Izvadītais šķ. daudzums		
						Parenterāli daudzums	Enterāli daudzums	urīns	drenas	
Kopā:										

Diennakts šķidruma bilance _____

IKDIENAS NOVĒROJUMI UN NOZĪMĒJUMI

Jāapraksta slimības izmaiņas dinamikā katrai dienai.

Ikdienas novērojumi	Nozīmējumi
1. Datums	1. Režīms
2. Subjektīvais stāvoklis: <ul style="list-style-type: none">▫ pašsajūta,▫ sūdzības,▫ vispārējie fizioloģiskie dati – miegs,▫ apetīte, vēdera izeja,▫ urinēšana.	2. Diēta
3. Objektīvā izmeklēšana: <ul style="list-style-type: none">▫ slimnieka vispārējais stāvoklis,▫ galvenie objektīvie dati (<i>elpošana, sirdsdarbība, pulss, arteriālais spiediens</i>), citas konstatētās izmaiņas iekšējos orgānos.	3. Medikamentozā terapija (<i>medikamenta nosaukums, deva, ievadīšanas ceļš, cik reizes dienā ievada</i>)
4. Lokālais stāvoklis: <ul style="list-style-type: none">▫ sīki norādīt izmaiņas dinamikā un raksturot brūci	4. Citas procedūras (<i>fizikālā terapija, kompress u.c.</i>)
5. Izdarītās manipulācijas (<i>pārsiešanas, drenāžas u.c.</i>), medikamenti, kādi pielietoti brūcei, un pārsējs pēc operācijas	5. Nozīmētie izmeklējumi
6. Veiktas citas manipulācijas	

PACIENTA UN / VAI VECĀKU (APRŪPĒTĀJA) IZGLĪTOŠANA- rekomendācijas tālākai aprūpei, ārstēšanai un novēršanai

Rekomendācijas	Darbības plāns	Kontroles laiks

EPIKRĪZE

Epikrīze- īss slimības vēstures rezumējums (kopsavilkums).

- pacienta vecums, dzimums, iestāšanās datums un stunda (*un arī ārstēšanas sākuma datums, ja tas atbilst iestāšanās laikam*);
- iestāšanās diagnoze;
- pacienta stāvoklis iestāšanās brīdī, slimības simptomi un tālākā attīstība līdz ārstēšanas sākumam jāpieraksta pēc anamnēzes datiem;
- ārstēšanas sākuma datums;
- objektīvās izmeklēšanas datus (*vispārējos un vietējos simptomus*) uzrāda no ārstēšanas sākuma;
- papildus izmeklēšanas dati, kuri bijuši nepieciešami diagnozes apstiprināšanai;
- izvērsta klīniskā diagnoze;
- pielietotā ārstēšana, ieskaitot operāciju (*uzrādīt medikamentus, operācijas atradi un veiktās iejaukšanās apjomu*);
- tālākā pēcoperācijas gaita, brūces sadzīšana, pēcoperācijas un citi sarežģījumi;
- slimnieka stāvoklis ārstēšanas beigās (vai izrakstoties). Visu veidu ārstēšanas efekts. Ārstēšanas beigu datums;
- rekomendācijas tālākam dzīves un darba režīmam. Aptuvenie darba nespējas laiki, darba nespējas atjaunošanās iespējas (*ja pacients turpina ārstēties stacionārā, aprakstīt tālākās ārstēšanas plānu*).

PIELIKUMI

**ATTEIKUMS NO OPERĀCIJAS, VISPĀRĒJĀS ANESTĒZIJAS,
SARAŽĢĪTAS MANIPULĀCIJAS**

TEMPERATŪRAS LAPA

**Steidzams paziņojums par infekcijas slimību, saindēšanos ar pārtiku, akūtu profesionālu saindēšanos, vakcinācijas izraisītu komplikāciju (blakni) vai rezistentu mikroorganismu izdalīšanu
(veidlapa Nr.058/u)**

Antirabiskās palīdzības karte
(veidlapa Nr. 045/u)

ASINS PĀRLIEŠANAS PROTOKOLS

Nod. _____ Slimības vēstures Nr. _____

Slimnieka vārds, uzvārds _____

Asins grupa _____ Rh _____

Asins pārļiešanas ir / nav bijušas (pasvītrot)

Komplikācijas ir / nav, kādas _____

Pārļiešanas indikācijas _____

Datums _____

Donora vārds, uzvārds _____ Nr. _____

Asins grupa _____ Rh _____

PĀRLIETAS DAUDZUMS

	Asins preparāti	Sagatavošanas datums
Eritrocītu masa	_____	_____
Svaigi saldēta plazma	_____	_____
Trombocītu masa	_____	_____
_____	_____	_____

Donora asins grupa (nosaka pēc ampulas) _____

IZDARĪTĀS RAUDZES (ievilkt krustiņu)

- Individuālā saderība _____
- Rh saderība _____
- Bioloģiskā pārbaude _____

Ārsta paraksts: _____

TRANSFŪZIJAS NORISE: no _____ līdz _____

→ Reakcija pārļiešanas laikā: drudzis, sāpes aiz krūšu kaula, krustos, sirds klauves, arteriālā spiediena samazināšanās (pasvītrot)

→ Reakcija pēc pārļiešanas (paskaidrot sīkāk) _____

→ Temperatūra: pirms pārļiešanas _____
 pēc 2 stundām _____
 pēc 6 stundām _____

→ Diurēze 1 diennakts pēc pārļiešanas _____

→ Urīna analīze pēc pārļiešanas _____
 datums _____

→ Asins analīze: _____
 datums _____

Ārsta paraksts _____

Māsas paraksts _____

BĒRNA BAROŠANA (līdz 1 gadam)

Barošanas veids	Uzsākts	Līdz kādam vecumam	Ēdināšanas režīms	Māsas novērojumi
Dabīgā				
Jauktā (ar ko)				
Mākslīgā (ar ko)				
Piebarojumi (ar ko)				
Līdzbarojums (ar ko)				
Piezīmes par produktu nepanesību				
Rahīta profilakse – D vit				

REANIMĀCIJAS DIENASGRĀMATA

NORĪKOJUMS

GRŪTNIECĪBAS PĀRTRAUKŠANAS MEDICĪNISKĀ KARTE

UZŅEMŠANAS NODAĻAS DEŽŪRĒJOŠĀ PEDIATRA APSKATE

UZŅEMŠANAS NODAĻAS DEŽURĒJOŠĀ IEKŠĶĪGO SLIMĪBU ĀRSTA APSKATE

UZŅEMŠANAS NODAĻAS ĀRSTA GINEKOLOGA APSKATE

**UZŅEMŠANAS NODAĻAS DEŽŪRĒJOŠĀ TRAUMATOLOGA
APSKATE**

**UZŅEMŠANAS NODAĻAS DEŽŪRĒJOŠĀ ĶIRURGA
APSKATE**

No stacionāra izrakstīta (mirušā) slimnieka karte