

## СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

### ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

1. ФИО
2. Возраст
3. Профессия
4. Дата поступления
5. Диагноз направившего учреждения
6. Диагноз при поступлении
7. Клинический диагноз
8. Дата выписки

### ДАННЫЕ РАССПРОСА БОЛЬНОГО

Жалобы, предъявляемые больным на день начала курации с их максимальной детализацией. При отсутствии каких-либо жалоб, характерных для классического течения предполагаемого заболевания, желательно указать это в истории болезни.

### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

является крайне важным, должен быть подробным. Он включает в себя указание на наличие или отсутствие эпидемиологических факторов, характерных как для предполагаемого заболевания, так и для дифференцируемой патологии.

Например, у пациента с желтухой необходимо оговорить контакт с желтушными больными, в том числе опосредованный через детей, парентеральный анамнез, а также, с учетом сезонности, факторы передачи других заболеваний протекающих с желтухой (лептоспироз, иерсиниоз). Вероятность заболевания необходимо оценивать с учетом максимального инкубационного периода.

1. Контакт с лихорадящими лицами, инфекционными больными за последний месяц до начала заболевания. Контакт с лицами, имеющими кишечные расстройства, в течение недели до болезни. Характер, степень и время контакта.
2. Наличие однородных заболеваний в семье, среди соседей, сотрудников на работе за последний месяц.
3. Условия питания (дома, предприятия общественного питания).
4. Условия водопользования: источник водоснабжения, кипячение воды, возможность пользования случайными водоисточниками.
5. Выезд больного за пределы данной местности, сроки отъезда, приезд к больному лиц из других регионов.
6. Переливание препаратов крови и другие парентеральные вмешательства за период до одного года. Наркомания.
7. Получал ли пациент профилактические прививки по поводу предполагаемого заболевания, сроки и кратность вакцинации.

### ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

включает описание всего болезненного процесса в его динамической последовательности с указанием устанавливавшихся диагнозов и проводимого лечения от начала заболевания до момента курации (в том числе и в условиях ИКБ).

### ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)

1. Материально-бытовые условия.
2. Трудовой анамнез (профессиональные вредности). Условия труда в настоящее время.
3. Соблюдение правил личной гигиены.
4. Привычные интоксикации (курение, алкоголь, наркотики).
5. Семейное положение. Для женщин — гинекологический анамнез.
6. Перенесенные в прошлом заболевания. Постоянно принимаемые препараты, их дозы.
7. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнез.

## ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (STATUS PRESENS OBJECTIVUS).

Общее состояние больного с указанием факторов, определяющих тяжесть. Описание по органам и системам с максимальной детализацией патологических проявлений (сыпь, стул, лимфатические узлы и т.д. в зависимости от заболевания).

## ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Указать только те жалобы больного, эпидемиологические, клинические и лабораторно-инструментальные критерии, которые позволяют установить данный диагноз. Обоснование должно быть лаконичным и убедительным. Оно подтверждается личной подписью куратора.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Проводится с 2-3 сходными по ведущему синдрому заболеваниями (инфекционными и неинфекционными). Дифференциальная диагностика должна быть актуальной для курируемого пациента и включать эпидемиологические, клинические и лабораторно-инструментальные критерии. Желательно, излагать этот раздел в виде логического рассуждения, воспроизведение таблиц из пособий не допускается.

## ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ (ДИЕТА, МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ)

данного конкретного больного в том виде, как оно предусмотрено с учетом современных стандартов лечения и достижений медицины. Указываются основные группы применяемых препаратов с используемыми дозировками по разделам: этиотропная, патогенетическая и симптоматическая терапия.

## ДНЕВНИКИ

2-3 дневника наблюдения, по стандартной схеме (дата, температура тела, гемодинамические показатели, общее состояние, жалобы, в графе лечение указываются те препараты с их дозировками, которые пациент получает в действительности). Дневники подписываются куратором.

## ЭПИКРИЗ

является кратким изложением истории болезни, содержит в себе следующие сведения:

1. ФИО, возраст;
2. место и сроки госпитализации;
3. клинический диагноз;
4. полученные результаты лабораторно-инструментальных методов исследования;
5. проведенное лечение;
6. если к моменту завершения курации больной продолжает лечение, то учебная история болезни содержит критерии его выписки в будущем и эпикриз является этапным. Если пациент выписывается к моменту завершения курации, то делается запись о том, что он выписан по достижении соответствующих критериев выписки;
7. рекомендации при выписке, в том числе диспансерное наблюдение;
8. учебная история болезни содержит также прогноз;
9. личная подпись куратора.