

## Схема истории болезни дерматологического пациента

(история болезни оформляется на стандартных листах бумаги 210x295 на русском или белорусском языке, текст может быть написан либо от руки, либо выполнен в компьютерном варианте; для скрепления листов бумаги используется степлер, скоросшиватель или другой способ, можно работу поместить в полиэтиленовый файл; на каждой странице слева или справа должны быть предусмотрены поля, необходимые для заметок проверяющего)

### ОБРАЗЕЦ ОФОРМЛЕНИЯ 1-ОЙ СТРАНИЦЫ

*Министерство здравоохранения РБ  
Белорусский государственный  
медицинский университет,  
кафедра кожных и венерических болезней,  
зав. кафедрой доцент Музыченко А.П..*

#### *ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ*

Ф.И.О.

*(клинический диагноз:)*

*Куратор: студент ...курса,  
...факультета, ...группы...*

*Преподаватель:...*

#### 2-АЯ СТРАНИЦА

##### **1. Пастортные данные.**

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Возраст (год рождения, полных лет).
3. Место жительства.
4. Место работы, профессия.
5. Кем направлен?
6. Диагноз при поступлении.
7. Диагноз клинический.
8. Диагноз заключительный (*если пациент выписан*).
9. Сопутствующие заболевания.

#### 3-Я СТРАНИЦА И Т.Д.

##### **II. Жалобы.**

(В истории болезни нужно указывать на жалобы пациента при поступлении, т.к. в период курации, возможно, первоначальные жалобы могут отсутствовать).

##### **III. Анамнез заболевания.**

1. Давность кожного заболевания.
2. Острое или постепенное развитие заболевания.
3. С чем связано, по мнению пациента, начало или обострение болезни?
4. Имеется ли связь с выполняемой работой, бытовыми факторами, сезонность в течении заболевания и т.д.?
5. Проводившиеся ранее методы диагностики, результаты обследования у других специалистов (если имели место), лечение, какое, его результаты, переносимость.
6. Динамика кожного процесса накануне госпитализации, после начала лечения (по словам пациента).

#### IV. Анамнез жизни.

1. Год и место рождения.
2. Здоровье родителей.
3. Условия жизни в детстве, юношеском возрасте.
4. Условия труда и быта в прошлом, в настоящее время, производственные вредности, характер питания.
5. Перенесенные ранее заболевания, оценка аллергического анамнеза, переливалась ли ранее кровь и т.д.
6. Сопутствующие заболевания, генетическая предрасположенность.
7. Вредные привычки.

#### V. Описание общего статуса.

(Проводится по органам и системам аналогично терапевтическому пациенту (данные пальпации, перкуссии, аускультации и проч.). Кожный покров в данном разделе оценивается вне очагов поражения. При наличии у пациента сопутствующих заболеваний, необходимо в описании общего статуса отразить наличие данной патологии).

#### VI. Локальный статус.

Рекомендуемые критерии	Примерный образец описания
1. Характер поражения кожи (воспалительный, острый, подострый, хронический, дистрофический и др.).	Поражение кожи хронического воспалительного характера.
2. Количество сыпи (сыпь обильная, скудная, единичные высыпания, единичный очаг).	Сыпь обильная.
3. Локализация (преимущественная, менее пораженные участки, свободные от сыпи места).	Локализуется преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей (особенно на локтях и коленях), менее поражена кожа головы и туловища, свободны от высыпаний ладони и подошвы.
4. Симметричность сыпи (асимметричность).	Сыпь симметрична (асимметрична)
5. Мономорфность (полиморфность) сыпи.	Сыпь мономорфная.
6. Элементы сыпи (первичные и вторичные)	Представлена папулами, бляшками, которые покрыты чешуйками.
7. Размер (от – до, преимущественный).	Величина папул от булавочной головки до 3-х копеечной монеты (преобладают папулы величиной с чечевицу). Величина бляшек до ладони взрослого.
8. Форма (плоская, полушаровидная, коническая, и др.).	Папулы и бляшки имеют плоскую форму.
9. Очертания (округлые, овальные, полигональные, неправильные).	Округлые и неправильные очертания.
10. Границы (резкие, нерезкие).	Резко очерчены от окружающей здоровой кожи.

11.Цвет (основной, оттенки).	Цвет папул и бляшек – ярко-розовый, на нижних конечностях с синюшным оттенком.
12.Поверхность (гладкая, шероховатая, бугристая, с центральным вдавлением и др.).	Поверхность шероховатая, покрыта обильными наслоениями средне-пластинчатых рыхлых серебристо-белых, легко отпадающих чешуек.
13.Консистенция (мягкая, плотная, деревянистая, плотно-эластическая, плотноватая и др.).	Высыпания имеют плотноватую консистенцию.
14.Взаимное расположение элементов (равномерное, неравномерное, группировка, слияние, изолированность).	Высыпания располагаются довольно равномерно, склонны к росту и слиянию.
15.Диагностические феномены	При поскабливании папул и бляшек выявляются феномены “стеаринового пятна”, “терминальной пленки” и “точечного кровотечения”.
16.Слизистые оболочки	Слизистые оболочки не поражены.
17.Волосы	Волосы не поражены
18.Ногти	Ногтевые пластинки рук и ног имеют многочисленные точечные углубления, напоминающие поверхность наперстка.

*Примечание:* локальный статус оформляется описательным текстом без деления на пункты и их нумерацию. Некоторые из предлагаемых пунктов можно опустить, если они не увязываются с конкретной дерматологической патологией (например, отсутствие поражения слизистых оболочек, придатков кожи и др.).

#### **VII. Лабораторные и специальные исследования.**

(Ан. крови, мочи, биохимический анализ, серологические реакции на сифилис, гистологические, цитологические, бактериологические и др. исследования; в данном разделе указываются и некоторые спец. исследования, например, проба Ядассона с йодидом калия, аппликационные кожные тесты и т.д.). После каждого клинического анализа указывать норму или патологию.

#### **VIII. Диагноз, его обоснование.**

(Форма обоснования: на основании жалоб...*каких?*, анамнеза..., клинических данных..., лабораторных данных..., пациенту выставлен диагноз...).

#### **IX. Дифференциальный диагноз.**

(Проводится с не менее 3 заболеваниями, сходными клинически с рассматриваемым дерматозом. Форма произвольная - в виде текста, оформления сравнительных таблиц по подобранным критериям и др. Главная цель - доказать, что у пациента заболевание, соответствующее выставляемому диагнозу, а не сходные с ним другие).

#### **X. Этиология и патогенез.**

(Краткая характеристика современных представлений о возможных причинах возникновения заболевания и патогенетических механизмах его развития, не более 1-2 стр.).

#### **XI. Лечение:**

- общие принципы (перечисление медикаментозных и др. методов лечения при курируемой патологии без дозировок и курсов лекарственных препаратов; в первую очередь целесообразно указывать методы лечения, имеющие научную доказательную базу при данном заболевании);
- лист назначения (режим, диета, общее лечение, физиотерапия, местное лечение, названия медикаментов по-латински в виде рецептов).

#### **XII. Дневники наблюдения.**

Дата	Описание статуса (краткое)	Назначения (перечисление медикаментов, физиотерапевтических процедур и др.)

(2-3 дневника для оценки динамики под влиянием лечения)

#### **XIII. Прогноз.**

(в отношении жизни, выздоровления и трудоспособности - МСЭ)

#### **XIV. Профилактика.**

(заболевания и/или обострений)

#### **XV. Эпикриз (этапный или выписной).**

Содержание краткое в пределах 1 стр. Результаты анализов не следует переписывать по-новому, если в них отсутствует патология. Если пациент не выписан ко дню окончания курации, следует указать динамику патологического процесса на фоне назначенного лечения, и отметить, что пациент продолжает лечение в стационаре.

#### **XVI. Список литературы (желательно).**

**Примечание:** Предлагаемая схема оформления истории болезни предназначена исключительно как образец, перечисляющий требуемые разделы, и не означает необходимости слепого следования всем перечисленным пунктам, поскольку кожная патология крайне разнообразная. В истории болезней не допускается какого-либо рода нумерация, которая присутствует в данной схеме истории болезни, а также сокращения.