

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Российский университет медицины»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ №1  
Лечебный факультет  
НОИ клинической медицины им. Н.А. Семашко

Луцевич О.Э., Миронов К.Э., Розумный А.П., Вардаев Л.И., Кочубей В.В.,  
Одишелидзе Н.В., Розумный И.А., Урбанович А.С., Михайлов В.Г.

## СХЕМА МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА

Учебно-методическое пособие



Москва – 2024

# ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ.....	5
ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ.....	8
СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ.....	9
ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР.....	10
Жалобы.....	10
Анамнез заболевания.....	10
Анамнез жизни.....	10
Физикальное исследование, локальный статус.....	12
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.....	17
ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА.....	17
ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.....	17
ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ.....	18
ДАННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ И ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	18
ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.....	18
ОБОСНОВАНИЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА.....	18
ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ДАННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ И ЕГО ЛЕЧЕНИИ.....	19
ЛЕЧЕНИЕ.....	19
ПРОГНОЗ.....	19
ЭПИКРИЗ.....	19
ЛИТЕРАТУРА.....	21
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	22

## ВВЕДЕНИЕ

Ведение медицинской документации является важнейшей составной частью лечебного процесса. Необходимость фиксировать сведения, касающиеся пациента, его состояния и лечения, определяется как сугубо медицинскими, так и правовыми положениями. Выбравший стезю врача обрек себя на постоянную работу с ручкой и бумагой, сравни труду писателя. Перо в руках врача – медицинский инструмент, действие которого следует направлять лишь во благо пациента и работать им нужно с филигранной точностью, постоянно оттачивая мастерство.

Четко определить объем сведений, подлежащий документации в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь (в стационарных или амбулаторных условиях), достаточно сложно. Желание поместить максимальное их количество наталкивается на преграду рабочего времени, большая часть которого при этом отводилась бы не лечению, а бюрократии. Представленная схема медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, далее – **медкарта** предлагается для работы студентов 4-6 курсов на хирургических кафедрах. При ее составлении учитывалось множество факторов: традиции преподавания на хирургической кафедре, анализ предлагаемых методов формирования медицинской документации на других кафедрах (пропедевтических, терапевтических), практический опыт сотрудников, а также в соответствии с учетной формой №003/у, утвержденной приказом Минздрава России от 05.08.2022 г. №530н и т.д. Мы считаем, что студентам пока нельзя излагать полученные при осмотре данные в кратком, порой схематическом виде «карты стационарного пациента». Написание медкарты формирует главное – школу работы с пациентом. Отсутствие педантичности, неукоснительной последовательности, тщательности в исследовании, анализе и лечении приводит к трагическим ошибкам, исправить которые иногда невозможно. В работе с пациентом нет второстепенных, незначительных моментов. На этапе обучения студент должен максимально подробно

представить их письменно, что дает возможность преподавателю более полно оценить работу и помочь молодому специалисту при анализе представленного материала.

Данный пример медицинской карты иллюстрирует методику формирования «академической истории болезни» на хирургических кафедрах, которую условно можно разделить на 3 раздела:

1. Субъективный – беседа с пациентом и/или его родственниками, имеющейся медицинской документацией сбор жалоб, данных анамнеза, и т. д.; в медицинской карте отражается в виде разделов:
  - жалобы на момент курации,
  - история заболевания (*anamnesis morbi*),
  - история жизни (*anamnesis vitae*).
2. Объективный – исследование пациента при помощи физикальных, инструментальных и лабораторных методов и отражение результатов в медицинской документации.
3. Логический:
  - анализ данных, полученных в субъективном и объективном разделах,
  - обоснование предварительного клинического диагноза,
  - проведение дифференциального диагноза,
  - составление плана обследования,
  - формирования окончательного диагноза
  - лечения.

Применение на практике такого метода работы и написания медкарты позволяет выработать правильный, логически осмысленный, дидактически верный подход к обследованию пациента, облегчает и упорядочивает диагностическую работу, позволяет оптимизировать время обследования, диагностики и лечения.

## ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

В основу совершенствования правил формулировки диагноза и, при летальных исходах, оформления медицинского свидетельства о смерти должны быть положены современные дефиниции и требования действующего законодательства РФ (Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ) и экспертов ВОЗ, отраженные в Международной классификации болезней.

**Диагноз** (греч. διάγνωσις – распознавание) – медицинское заключение о состоянии здоровья, об имеющемся заболевании (травме, состоянии), выраженное в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезней, обозначающих название болезней (состояний), их форм, вариантов течения и основанное на всестороннем систематическом изучении пациента. Содержанием диагноза также могут быть особые физиологические состояния организма (беременность, климакс, состояние после разрешения патологического процесса и др.), заключение об эпидемическом очаге.

**Заболевание** определяется как нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды, возникающее в связи с воздействием патогенных факторов при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма [ст. 2, ч. 16 - ФЗ №323].

Состояние определяется как изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи [ст. 2, ч. 17 - ФЗ №323].

Ведущий принцип формулирования диагноза в медицине – нозологический. Приведем некоторые термины и определения в соответствии с отраслевым стандартом (ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001):

**1) нозологическая форма (единица)** определяется как совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков,

позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния;

**2) синдром** – это состояние, развивающееся вследствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих вместе с тем и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.

Диагноз является интегральным выражением представления врача-специалиста о состоянии здоровья пациента и об имеющемся заболевании (травме, состоянии) на основании данных, полученных в результате диагностики, представляющей собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля осуществления этих мероприятий [ст. 2, ч. 7 - ФЗ №323]/

Исходя из этих положений структура диагноза при коморбидности должна быть представлена следующими рубриками:

1. Основное заболевание.
2. Конкурирующие, сочетанные, фоновые заболевания (коморбидные заболевания) при наличии.
3. Осложнения основного и коморбидных (при наличии) заболеваний.
4. Сопутствующие заболевания.

**Конкурирующее заболевание** – это имеющиеся одновременно с основным заболеванием у пациента заболевание или травма,

взаимонезависимое по этиологии и патогенезу, но в равной мере отвечающее критериям основного заболевания, потребовавшее оказания медицинской помощи в связи с не меньшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью.

*Например: Инфаркт миокарда и острый аппендицит*

**Сочетанное заболевание** определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдает пациент, и которые, находясь в различных патогенетических взаимоотношениях и отягощая друг друга, могут привести к осложнениям или смерти, причем каждое из них по отдельности этого бы не вызвало.

**Фоновое заболевание** – это заболевание или травма, которая способствует возникновению или неблагоприятному течению основного заболевания, повышает его опасность для жизни пациента, влияет на развитие осложнений и в связи с чем требует лечения вместе с основным заболеванием.

*Например: сахарный диабет является фоновым заболеванием при пиелонефрите или гипертонической болезни*

## **ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ**

**Кафедра**

**Заведующий кафедрой**

**Преподаватель**

**Куратор**

**студент**

**группа**

**курс**

**факультет**

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО  
МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ,  
В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**



## СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ

**ФИО пациента**

**Дата рождения**

**Пол**

**Дата и время поступления**

**Поступил через \_\_\_\_\_ часов после начала заболевания, травмы**

**Направлен в стационар:** поликлиникой, бригадой скорой медицинской помощи, полицией, обратился самостоятельно, другое (указать) \_\_\_\_\_

**Форма оказания медицинской помощи:** плановая/экстренная \_\_\_\_\_

**Наименование отделения:** \_\_\_\_\_

**В анамнезе:** туберкулез \_\_\_\_\_ ВИЧ \_\_\_\_\_ вирусные гепатиты \_\_\_\_\_ сифилис \_\_\_\_\_ COVID-19 \_\_\_\_\_

**Аллергические реакции** на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции \_\_\_\_\_

**Трансфузии** (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов (год, осложнения, реакции): \_\_\_\_\_

**Группа крови**

**резус-принадлежность**

**Антиген К1 системы Kell**

**Диагноз клинический, установленный в стационаре:**

**Дата и время установления диагноза:**

**Основное заболевание** \_\_\_\_\_

**Осложнения основного заболевания** \_\_\_\_\_

**Внешняя причина при травмах** \_\_\_\_\_

**Сопутствующие заболевания** \_\_\_\_\_

**Проведенные оперативные вмешательства (операции):**

Дата проведения	Наименование оперативного вмешательства	Вид анестезиологического пособия	Кровопотеря во время оперативного вмешательства

## **ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР**

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. время: \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин.

### **Жалобы**

Четко перечислить жалобы пациента, дав их подробную характеристику с указанием, при необходимости, степени выраженности, временных параметров, локализации, иррадиации болей, условий, при которых они возникают и изменяются, и т.д. Порядок изложения жалоб зависит от степени выраженности ощущений и их диагностической значимости. Группировать их целесообразно по синдромам.

### **Анамнез заболевания**

Излагается динамика заболевания от появления первых симптомов до момента осмотра пациента куратором.

Необходимо стремиться выявить факторы, которые могли быть причиной болезни и влиять на ее развитие.

Указывается время первого обращения за медицинской помощью и установленный диагноз. В хронологическом порядке описывается течение заболевания, развитие симптомов и осложнений, периоды обострения и ремиссии. Отмечаются результаты проведенных исследований и методов проводившегося лечения с анализом их эффективности (со слов пациента или по имеющейся медицинской документации).

Выясняются причины и пути настоящей госпитализации, в случае неотложного состояния необходима точная фиксация всех действий пациента и медицинского персонала по часам и минутам.

### **Анамнез жизни**

Отмечаются краткие биографические данные, развитие в детском и юношеском возрасте, образование, отношение к военной службе (участие в боевых действиях).

*Семейно-половой анамнез.* Указывается семейное положение. У женщин – время появления первых менструаций и их характер, количество беременностей и родов (их течение и исходы), аборты, начало климакса.

Отражаются условия жизни пациента (состояние жилища, материальная обеспеченность), характер и регулярность питания, возможные привычные интоксикации (употребление алкоголя и наркотических препаратов, табакокурение).

*Перенесенные заболевания.* Перечисляются, начиная с детства, перенесенные заболевания, травмы, операции, факторы риска, наличие имплантатов в организме.

*Аллергологический анамнез.* Выясняется наличие аллергических реакций на лекарственные препараты, пищевой аллергии или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции.

*Эпидемиологический анамнез.* Особо указать о туберкулезе, венерических заболеваниях, гепатитах, ВИЧ-инфекции, сифилисе, COVID-19, контакте с инфекционными пациентами. Отметить, имели ли место гемотрансфузии и реакции на них, парентеральное введение лекарств в течение последних 6 месяцев.

*Наследственность.* Выясняется наличие у кровных родственников возможных наследственных заболеваний.

*Сведения о нетрудоспособности.* Фиксируются продолжительность нетрудоспособности по данному заболеванию за последний календарный год, сроки последнего листа нетрудоспособности, наличие инвалидности и ее причины.

## Физикальное исследование, локальный статус

В **приложении 1** даны пояснения и справочный материал по разделу «Физикальное исследование, локальный статус»

Температура \_\_\_\_\_ °С    Рост \_\_\_\_\_ см    Вес \_\_\_\_\_ кг    ИМТ \_\_\_\_\_ см/м<sup>2</sup>

Тяжесть состояния пациента: \_\_\_\_\_

(принятые характеристики: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, агонирующее, клиническая смерть)

Уровень сознания \_\_\_\_\_ (баллы по шкале Глазго в баллах – см. приложение 2).

Оценка состояния кожных покровов и придатков кожи: окраска, влажность, эластичность, пигментация; наличие сыпи, расчесов, геморрагий, рубцов, шелушения, сосудистых звездочек и т.д. Волосистой покров: тип оволосения, характер распространения, состояние волос. Ногти: форма, цвет, исчерченность, ломкость.

Отеки: не определяются /определяются, указать локализацию (при наличии), их выраженность и характеристики

Оценка состояния видимых слизистых оболочек: розовые, без патологических высыпаний; иктеричность склер; инъекция сосудов склер; гиперемия конъюнктивы; иные сведения (при наличии)

Состояние подкожно-жировой клетчатки: нормальное, гипотрофия, ожирение, иные сведения (при наличии)

Состояние лимфатических узлов: локализация, величина, консистенция, подвижность и болезненность пальпируемых лимфоузлов.

### ***Оценка костно-мышечной системы:***

Мышцы (при наличии патологии отметить): степень развития, асимметричность отдельных групп, тонус, болезненность и уплотнения при ощупывании, мышечная сила, параличи, парезы.

Кости (при наличии патологии отметить): наличие деформаций, патологической подвижности, утолщения концевых фаланг пальцев (симптом «барабанных палочек»), болезненности при ощупывании и поколачивании.

Суставы (при наличии патологии отметить): конфигурация, объем активных и пассивных движений, контрактуры и анкилозы, болезненность и хруст при движениях.

### ***Система органов дыхания***

*Осмотр.* Наличие деформации носа. Форма грудной клетки (нормо-, гипер-, астеническая; патологические формы – эмфизематозная, паралитическая, ладьевидная, рахитическая, воронкообразная), ее симметричность. Окружность и экскурсия грудной клетки на уровне IV ребра.

*Дыхание:* через нос или рот, свободное или затрудненное, ритм и глубина. Тип дыхания: грудной, брюшной, смешанный. Оценка голоса: звонкий, охриплый, афония. Число дыхательных движений в минуту.

*Пальпация грудной клетки:* определение болезненных участков, эластичности и ригидности, крепитации, изменения голосового дрожания на симметричных участках.

*Аускультация легких.* Характер основных дыхательных шумов на симметричных участках грудной клетки (везикулярное или бронхиальное, усиленное или ослабленное, жесткое). Наличие побочных дыхательных шумов и их локализация: хрипы (сухие или влажные, звонкие или глухие, мелко-, средне- или крупнопузырчатые), крепитация, шум трения плевры. Бронхофония над симметричными участками грудной клетки.

*Перкуссия легких.* Сравнительная перкуссия: характер перкуторного звука на симметричных участках (ясный легочный, притупленный, тупой, коробочный, тимпанический). Топографическая перкуссия легких по линиям грудной клетки с определением дыхательной экскурсии по средней подмышечной линии.

### ***Система органов кровообращения***

*Осмотр области сердца:* выпячивание в области сердца, верхушечный и сердечный толчки, патологическая пульсация (характер, локализация, распространенность).

*Осмотр сосудов шеи:* видимая пульсация артерий и вен.

*Пальпация области сердца:* характеристика верхушечного и сердечного толчков, дрожание в области сердца.

*Перкуссия сердца:* определение границ относительной и абсолютной тупости сердца, конфигурация сердца (нормальная, митральная, аортальная, легочная, *cor bovinum*).

*Аускультация сердца.* Ритм и число сердечных сокращений. Тоны сердца (при необходимости описываются последовательно над каждой точкой): ясные, ослабленные, глухие, хлопающие, с расщеплением или раздвоением, дополнительные. Шумы относительно фаз сердечной деятельности (систола или диастолы), их тембр, громкость, продолжительность, проведение. Шум трения перикарда.

*Исследование сосудов.* Пальпация артерий: сонных, на запястье и на стопе. *Аускультация:* аорты, сонных, подвздошных и бедренных артерий. Артериальный пульс на лучевых артериях (ритм, частота, напряжение, наполнение, дефицит). Артериальное давление на плечевых артериях.

*Осмотр и пальпация вен:* шеи, подкожных вен грудной клетки, брюшной стенки, нижних конечностей.

### ***Система органов пищеварения***

*Осмотр полости рта.* Запах изо рта: обычный, гнилостный, ацетона, аммиака и др. Язык: окраска, влажность, налет, язвы и т.д. Состояние зубов, слизистой оболочки губ, десен, твердого и мягкого неба. Характеристика миндалин.

*Осмотр живота:* форма, симметричность, выраженность подкожной жировой клетчатки, участие в акте дыхания, наличие расширенных подкожных вен и послеоперационных рубцов (их локализация, форма, размеры), видимая перистальтика кишечника.

*Аускультация брюшной полости.* Наличие и характеристика перистальтических кишечных шумов. Патологические, проводные или иные шумы (при их наличии). Шум плеска при перкуссии.

*Перкуссия брюшной полости.* Характер перкуторного звука над брюшной полостью и в отлогих местах живота. Печеночная «тупость»: сохранена, отсутствует, сглажена. Границы и размеры печени по Курлову. Размеры селезенки.

*Пальпация живота* (поверхностная ориентировочная и глубокая скользящая). Выявление болезненных областей, защитного напряжения мышц. Определение мышечно-апоневротических дефектов брюшной стенки, состояния пупочного, пахового и бедренного колец. Характеристика прощупываемых органов (желудка, различных отделов кишечника, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки, матки) и опухолевых образований: локализация, границы, размеры, консистенция, смещаемость, болезненность. При наличии болезненных зон – описание симптомов раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга, Раздольского, Воскресенского и

др.) и симптомов, патогномоничных для воспаления органов, расположенных в этих зонах.

*Осмотр области заднего прохода:* состояние кожных покровов перианальной области, наличие трещин, рубцов, свищи, наружных геморроидальных узлов, инородных тел.

*Пальцевое исследование через прямую кишку:* болезненность при введении пальца, тонус сфинктера, скопление каловых масс, внутренние геморроидальные узлы, опухолевидные образования, воспалительные инфильтраты, состояние смежных пальпируемых органов (предстательной железы, матки) и объемных образований полости малого таза.

### ***Мочеполовая система***

*Результаты обследования мочеполовой системы:* патологических изменений не определяется, область проекции почек внешне не изменена, симптом поколачивания отрицательный, иные сведения (при наличии).

*Оценка характера мочеиспускания:* свободное, не затруднено, произвольное, безболезненное, иные сведения (при наличии).



### *Локальный статус*

Раздел истории болезни, описываемый при наличии у пациента локализованных наружных образований (таких как: опухоли кожи, воспалительные инфильтраты, раны и язвы, наружные грыжи др.), или при необходимости подробного описания пораженных частей тела (например, нижних конечностей при варикозной болезни, артериальной недостаточности, травмах). Указываются: топографо-анатомическая локализация патологического очага, его характеристики (форма, величина, консистенция, подвижность, отношение к окружающим тканям, болезненность и др.), состояние кожных покровов над ним, регионарных лимфатических узлов, суставов, артериальных и венозных сосудов в этой зоне.

### **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Устанавливается и записывается в соответствии с рубрификацией (*см. приложение 3*)

### **ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА**

На основании жалоб пациента (описание конкретных жалоб); данных анамнеза заболевания (перечисление конкретных данных); данных анамнеза жизни (описание конкретных данных); данных объективного обследования (перечисление конкретных данных) устанавливается предварительный диагноз

### **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Составляется для уточнения предварительного или установления окончательного клинического диагноза. Включает перечень лабораторных и инструментальных методов исследования в соответствии с предварительным диагнозом; при необходимости, консультаций специалистов, консилиумов.

Все назначаемые исследования следует указывать в порядке их выполнения с кратким пояснением их целесообразности.

## **ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

Указываются запланированные медицинские вмешательства с целью лечения заболеваний, медицинской реабилитации.

## **ДАННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ И ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Вносятся результаты, а при необходимости, и полные протоколы выполненных исследований.

## **ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Устанавливается и записывается в соответствие с рубрификацией (*см. приложение 3*)

## **ОБОСНОВАНИЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА**

На основании жалоб пациента (описание конкретных жалоб); данных анамнеза заболевания (перечисление конкретных данных); данных анамнеза жизни (описание конкретных данных); данных объективного обследования (перечисление конкретных данных); данных инструментальных и лабораторных методов обследования (перечисление конкретных данных) формируется окончательный диагноз.

Возможна ситуация, когда имеются не все результаты исследований, указанных в плане обследования; в этом случае надо указать, какое из исследований не проводилось и пояснить его необходимость.

## **ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ДАННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ И ЕГО ЛЕЧЕНИИ**

Дать краткую справку по анатомии и физиологии пораженного органа или системы.

Изложить существующие этиологические и патогенетические теории данного заболевания. Рассмотреть возможные причины возникновения болезни у курируемого пациента.

Привести литературную справку о клинике, классификации и методах диагностики заболевания.

Кратко перечислить все существующие методы консервативного и оперативного лечения данного заболевания, показания и противопоказания к ним.

### **ЛЕЧЕНИЕ**

Выбрать и обосновать метод лечения курируемого пациента.

При консервативной терапии указать фармакологические группы препаратов, способ введения и патогенетическую направленность действия.

При планировании операции – определить срочность, вид обезболивания, доступ и объем вмешательства.

В случае проведенного лечения – оценить его эффективность и дать динамику состояния пациента.

При необходимости привести протокол хирургического вмешательства (*см. приложение 4*).

### **ПРОГНОЗ**

Определить ближайший и отдаленный прогноз для жизни, функции пораженного органа (или системы), трудоспособности пациента.

### **ЭПИКРИЗ**

Эпикризы подразделяют на этапные, выписные, посмертные.

В *этапном эпикризе* каждые 10 дней отражается ход и результаты обследования и лечения, намечаются дальнейшие действия (*см. приложение 5*).

В *выписном эпикризе* необходимо кратко изложить историю болезни: установленный клинический диагноз, жалобы при поступлении и основные моменты анамнеза, данные объективного осмотра и результаты обследования, проведенное лечение и его результаты. Дать рекомендации: режим, диета, дальнейшее лечение (амбулаторное, стационарное, санаторно-курортное) и рекомендуемые препараты, примерные сроки нетрудоспособности и ограничения нагрузки.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Интенсивная терапия: национальное руководство : в 2 т. / под ред. И.Б. Заболотских, Д.Н.Проценко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Т. 1. - 1152 с.: ил.
2. Забозлаев Ф.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Клевню В.А., Кучук С.А., Максимов А.В. Методические рекомендации по сопоставлению заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов // Судебная медицина. - 2019. - Т. 5. - №4. - С. 48-56. doi: 10.19048/2411-8729-2019-5-4-48-56
3. Пирадов М.А., Супонева Н.А., Рябинкина Ю.В., Гнедовская Е.В., Ильина К.А., Юсупова Д.Г. и др. Шкала комы Глазго (glasgow coma scale, gcs): лингвокультурная адаптация русскоязычной версии. Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2021; 10(1): 91-99.
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.08.2022 № 530н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения" (Зарегистрирован 18.10.2022 № 70594) – электронный ресурс <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202210190009>
5. Пропедевтика внутренних болезней: Учебник: в 2-х томах. /Под ред. И.В. Маева, В.А. Шестакова.- М.: Медицина
6. «Рубрикатор клинических болезней» электронный-ресурс [https://cr.minzdrav.gov.ru/clin\\_recomend](https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend)
7. Хирургические болезни: Учебник/ М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин и др.; Под ред. М. И. Кузина. — 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 – 992с

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### ПРИЛОЖЕНИЕ 1

#### СИМПТОМЫ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В ЧАСТНОЙ ХИРУРГИИ

##### СИМПТОМЫ РАЗДРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ И ПЕРИТОНИТА

###### **Симптомы мышечной защиты:**

- резистентность в области отдельных зон;
- ясно выраженное локальное напряжение;
- общее напряжение половины или всего брюшного пресса

**Симптом Розанова** – активное надувание и выпячивание живота затруднено при острых процессах в брюшной полости

**Симптом Щеткина-Блюмберга** – значительное усиление болезненности при быстром отнятии руки, производящей глубокую пальпацию живота

**Симптом Раздольского** – выявление зоны максимальной чувствительности при легком постукивании по брюшной стенке.

**Симптом Краснобаева** – напряжение прямых мышц живота

**Симптом Маделунга** – большая разница температур в подмышечной области и прямой кишке

**Симптом Маккензи** – гиперестезия кожи живота

##### СИМПТОМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

**Симптом Ровзинга** – толчкообразное движение при глубокой пальпации левой подвздошной области вызывает болезненность в правой подвздошной области. Встречается в 80% случаев.

**Симптом Образцова** – усиление болезненности при пальпации правой подвздошной области при поднятой правой ноге.

**Симптом Ситковского** – при повороте пациента на левый бок болезненность усиливается вследствие натяжения брыжейки воспаленного отростка.

**Симптом Бартомье–Михельсона** – появление или значительное усиление пальпаторной болезненности в правой подвздошной области при положении пациента на левом боку.

**Симптом Воскресенского** («симптом рубашки») – определяется через натянутую

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1 (продолжение)

рубашку. При быстром скольжении давящей на брюшную стенку руки от мечевидного отростка по направлению к правой подвздошной области появляется значительная болезненность в области расположения воспаленного червеобразного отростка

**Симптом Волковича-Кохера** – смещение боли из эпигастральной в правую подвздошную область

**Симптом Крымова** – болезненность правого пахового канала при введении исследующего пальца через наружное отверстие в области задней стенки

**Симптом Чугуева** – прощупывание напряженных тяжей в наружной косой мышце живота при пальпации правой подвздошной области. Чаще определяется в положении пациента на левом боку.

**Триада Мондора** – болезненность, напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области

### СИМПТОМЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

**Симптом Воскресенского** – исчезновение пульсации брюшной аорты в подчревной области

**Симптом Мэйо-Робсона** – болезненность при глубокой пальпации в левом

**Симптом Грей-Тёрнера** – цианоз кожи боковых отделов живота

**Симптом Кулена** – цианоз кожи в области пупка

**Симптом Керте** – наличие резистентности брюшной стенки в виде пояса, соответствующего топографическому положению поджелудочной железы

### СИМПТОМЫ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

**Симптом Ортнера** – возникновение болезненности при постукивании ребром кисти по правой реберной дуге.

**Симптом Мюсси–Гергиевского** («френикус-симптом») – при надавливании в надключичной области между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы выявляется болезненность вследствие иррадиации по диафрагмальному нерву раздражения с рецепторов диафрагмы.

**Симптом Березнеговского** – иррадиация болей в правое надплечье

**Симптом Кера** – боль при вдохе во время пальпации правого подреберья

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1 (продолжение)

**Симптом Мерфи** – равномерно надавливая большим пальцем руки на область желчного пузыря, предлагают больному сделать глубокий вдох, при этом он задерживает дыхание и отмечается значительная боль в этой области.

### СИМПТОМЫ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

**Симптом Спизарного** – исчезновение печеночной тупости и появление высокого тимпанита над печенью

**Симптом Куленкампа** – при пальцевом ректальном исследовании определяется болезненность тазовой брюшины, вызванная скоплением перитонеального экссудата и желудочного содержимого

**Симптом Грекова** – замедление пульса сразу же после прободения язвы желудка или 12-перстной кишки

### СИМПТОМЫ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**Симптом Шланге** – признак паралича кишечника: при аускультации живота отмечается полная тишина

**Симптом Обуховской больницы** – признак заворота сигмовидной кишки: расширенная и пустая ампула прямой кишки при ректальном исследовании.

**Симптом Матье** – при быстрой перкуссии над пупочным кольцом области слышится шум плеска

**Симптом Валя** – видимую асимметрию живота, видимая перистальтика, пальпируемая раздутая петля кишки и высокий тимпанит при перкуссии

**Симптом Склярова** – при пальпации живота возникает шум плеска в кишечнике

**Симптом Байера** – асимметрия живота («косой живот»).

**Симптом Анштютца** – пальпаторно выявляемое вздутие слепой кишки, свидетельствующее о непроходимости ободочной кишки

### ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ

**Симптом Дельбе-Пертеса** – «маршевая проба» – на выявление проходимости глубоких вен. Пациент в положении стоя, поверхностные вены максимально наполнены. На верхнюю треть бедра накладываем жгут, при этом сдавливаем только поверхностные вены. Затем просим пациента маршировать в течение 3-5 минут, если подкожные вены спадаются, значит глубокие – проходимы.



## ПРИЛОЖЕНИЕ 1 (продолжение)

**Симптом Оппеля** – побледнение и появление мраморной пятнистости поднятых кверху стоп. Этим симптомом выявляют артериальную недостаточность.

**Симптом Бурденко** (прижатия пальца) – подошвенная поверхность 1 пальца сдавливается в течение 5-10 сек (время появления белого пятна) после прекращения давления выявляют степень нарушения кровотока.

**Симптом Панченко** – появление онемения, чувства ползания мурашек в стопе и голени в сидячем положении с пораженной ногой, запрокинутой на здоровую ногу через 3–5 мин после начала пробы.

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПУЛЬСАЦИИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**На бедренной артерии** – ниже паховой связки, на 1.5-2 см кнутри от ее середины;

**На подколенной артерии** – в подколенной ямке;

**На задней большеберцовой артерии** – между задненижним краем внутренней лодыжки и ахилловым сухожилием

**На тыльной артерии стопы** – по линии, проведенной между I и II пальцами к голеностопному суставу.

### ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Симптом Грефе** – при медленном опускании яблок между роговой оболочкой и краем верхнего века остается полоска склеры.

**Симптом Кохера** – глаза следят за пальцем исследующего: при движении его вверх веко движется быстрее глазного яблока и открывается часть склеры выше роговой оболочки.

**Симптом Мебиуса** – пациент следит за приближающимся пальцем исследующего и на близком расстоянии происходит отклонение глазного яблока кнаружи (недостаток конвергенции)

**Симптом Штельвага** – редкое мигание вследствие ретракции верхнего века

**Симптом Горнера** – сужение зрачка, сужение глазной щели и западение глазного яблока, развивающееся при повреждении, сдавлении или блокаде шейного отдела симпатического ствола

## СИМПТОМЫ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Симптом умбиликации** – втяжение кожи над опухолью за счет укорочения куперовых связок, вовлеченных в опухоль

### **Втяжение соска**

**Симптом площадки** – нарушение контура железы при пальпации области, где локализуется опухоль. Вместо округлой поверхности образуется так называемая площадка. Причины возникновения данного симптома является подтягивание подкожно-жировой клетчатки к опухоли молочной желез

**Симптом «лимонной (апельсиновой) корки»** - за счет вторичного внутрикожного лимфостаза вследствие блокады лимфатических путей регионарных зон или вследствие эмболии опухолевыми клетками глубоких кожных лимфатических сосудов

Гиперемия кожи над опухолью – проявление специфического лимфангита

**Симптом Краузе** – утолщение складки ареолы вследствие отека из-за поражения опухолевыми клетками лимфатического сплетения субареолярной зоны

**Симптом Прибрама** – при потягивании за сосок опухоль смещается за ним

**Симптом Кенига** – при прижатии молочной железы ладонью плашмя в положении пациентки лежа опухоль не исчезает – *положительный* симптом Кенига, если в положении лежа опухоль исчезает – *отрицательный* симптом Кенига;

**Симптом Пайра** – при захватывании железы двумя пальцами слева и справа кожа не собирается в продольные складки, а образуется поперечная складчатость.

## СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ:

**Метастаз Вирхова** («Вирховская железа», «Вирховские узлы») – поражение лимфатических узлов левой надключичной области, между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Представлен левым надключичным лимфатическим узлом, расположенным рядом с местом соединения грудного протока и левой подключичной вены, где лимфа из большей части тела стекает в большой круг кровообращения.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1 (продолжение)

**Метастаз Айриша** – относится к группе Вирховских метастазов – это редкий тип метастазирования злокачественной опухоли, чаще всего рака желудка или молочной железы, в лимфатический узел, расположенный в левой подмышечной области. Однако теоретически он может возникать и с правой стороны, в зависимости от особенностей лимфатического дренажа у конкретного пациента и локализации первичной опухоли. Но, как и другие метастазы рака желудка, чаще встречается с левой стороны.

**Метастаз сестры Марии Джозеф** – метастазы в параумбиликальные лимфоузлы (в пупок) по ходу круглой связки печени – наиболее частыми причинами являются злокачественные новообразования желудка, толстой кишки, яичников и поджелудочной железы. Описаны случаи метастазов в пупок при злокачественных опухолях тонкой кишки, желчного пузыря, легких, предстательной железы, шейки матки, матки, маточных труб, миеломы и мезотелиомы. Узелки также, в редких случаях, возникают в результате распространения рака аппендикса и псевдомиксомы брюшины.

**Метастаз Шницлера** – метастаз в параректальные лимфатические узлы. Это специфический вид метастазирования злокачественной опухоли, чаще всего рака желудка, в лимфатические узлы малого таза, расположенные вокруг прямой кишки.

## ШКАЛА ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ И КОМЫ ГЛАЗГО

Оригинальное название: Glasgow Coma Scale

Источник: Teasdale G.M., Jennett B., 1974

Пирадов М.А., Супонева Н.А., Рябинкина Ю.В., Гнедовская Е.В., Ильина К.А., Юсупова Д.Г. и др. Шкала комы Глазго (Glasgow Coma Scale, GCS): лингвокультурная адаптация русскоязычной версии. Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2021; 10(1): 91 - 99. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2021-10-1-91-99>

ПРИЗНАК	БАЛЛЫ
<b>1. Открывание глаз:</b>	
спонтанное	4
на вербальную стимуляцию	3
на боль	2
нет реакции	1
<b>2. Вербальная реакция:</b>	
соответствующая	5
спутанная	4
бессвязные слова	3
нечленораздельные звуки	2
нет реакции	1
<b>3. Двигательная реакция:</b>	
выполняет словесные команды	6
локализует боль	5
реакция одергивания в ответ на боль	4
сгибание верхних конечностей в ответ на боль (поза декортикации)	3
разгибание верхних конечностей в ответ на боль	2
нет реакции	1

### **ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:**

Начальная оценка по шкале Глазго коррелирует с тяжестью церебрального повреждения и прогнозом.

Шкала состоит из трех тестов, оценивающих реакцию открывания глаз (**E**), а также речевые (**V**) и двигательные (**M**) реакции. За каждый тест начисляется определенное количество баллов. В тесте открывания глаз от 1 до 4, в тесте речевых реакций от 1 до 5, а в тесте на двигательные реакции от 1 до 6 баллов.

Минимальное количество баллов — 3 (глубокая кома), максимальное — 15 (ясное сознание). Таким образом, шкала Глазго является важным критерием для оценки уровня сознания. Каждая отдельная реакция оценивается в баллах, а уровень сознания выражается суммой баллов по каждому из параметров.

Оценка по шкале 3-5 баллов прогностически крайне неблагоприятна, особенно если она сочетается с широкими зрачками и отсутствием окуловестибулярного рефлекса.

- **15 баллов** – сознание ясное
- **13-14 баллов** – оглушение
- **9-12 баллов** – сопор
- **4-8 баллов** – кома
- **3 балла** – гибель коры

## СТРУКТУРА ДИАГНОЗА

Структура диагноза должна быть представлена следующими рубриками:

1. Основное заболевание
2. Конкурирующие, сочетанные, фоновые заболевания (коморбидные заболевания, при наличии)
3. Осложнения основного (и коморбидных, при наличии) заболеваний
4. Сопутствующие заболевания

- 1. Основное заболевание** – заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти;

За состояние (заболевание), которое следует использовать для анализа заболеваемости по единичной причине, рекомендовано принимать такое, по поводу которого проводилось лечение или обследование во время соответствующего эпизода обращения за медицинской помощью. При этом как основное определяется состояние (заболевание, травма), диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого главным образом проводились обследование и лечение пациента. При наличии более одного такого состояния (заболевания) в качестве основного выбирают то, на долю которого пришлось наибольшая часть использованных ресурсов.

- 2. Конкурирующее заболевание**

– это имеющиеся одновременно с основным заболеванием у пациента заболевание или травма, взаимонезависимое по этиологии и патогенезу, но в равной мере отвечающее критериям основного заболевания, потребовавшее оказания медицинской помощи в связи с не меньшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью.

**Сочетанное заболевание**

определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдает пациент, и которые, находясь в различных патогенетических взаимоотношениях и отягощая друг друга, могут привести к осложнениям или смерти, причем каждое из них по отдельности этого бы не вызвало.

**Фоновое заболевание**

– это заболевание или травма, которая способствует возникновению или неблагоприятному течению основного заболевания, повышает его опасность для жизни пациента, влияет на развитие осложнений и в связи с чем требует лечения вместе с основным заболеванием.

- 3. «Осложнения основного заболевания»**, которые определяют первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводят к инвалидности, либо становятся причиной смерти.
- 4. Сопутствующее заболевание** – заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияя на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.

## ПРОТОКОЛ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ОПЕРАЦИИ)

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Дата рождения: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Дата и время начала оперативного вмешательства (операции):

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_ час. \_\_\_ мин.

Дата и время окончания оперативного вмешательства (операции):

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_ час. \_\_\_ мин.

Продолжительность оперативного вмешательства (операции): \_\_\_ час. \_\_\_ мин.

Наименование оперативного вмешательства (операции): \_\_\_\_\_

**Код** согласно номенклатуре медицинских услуг: \_\_\_\_\_

Диагноз до оперативного вмешательства (операции):

Основное заболевание \_\_\_\_\_

Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах, отравлениях \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения о заболевании \_\_\_\_\_

Премедикация (наименование лекарственных препаратов, лекарственная форма, дозировка, способ введения):

\_\_\_\_\_

Группа крови \_\_\_\_\_ резус-принадлежность \_\_\_\_\_ антиген K1 системы Kell \_\_\_\_\_

иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) \_\_\_\_\_

Степень риска оперативного вмешательства (операции): \_\_\_\_\_

План оперативного вмешательства (операции): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Описание оперативного вмешательства (операции): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Осложнения, возникшие в ходе оперативного вмешательства (операции): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Использование<sup>1</sup> медицинских<sup>1</sup> изделий (оборудования) (эндоскопическое, лазерное, криогенное, рентгеновское, иное): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подсчет операционного материала: инструменты \_\_\_\_\_ салфетки \_\_\_\_\_

Кровопотеря во время оперативного вмешательства (операции), мл. \_\_\_\_\_

Вид анестезиологического пособия: \_\_\_\_\_

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4 (продолжение)

Диагноз после оперативного вмешательства (операции):

Основное заболевание \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах, отравлениях \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дополнительные сведения о заболевании \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Имплантированные медицинские изделия: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Назначения: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Операционный материал, взятый для проведения морфологического исследования: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Операционный материал направлен: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Персонал, участвующий при проведении оперативного вмешательства (операции) (фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись):

состав оперирующей бригады:

оперирующий врач \_\_\_\_\_

ассистирующий врач \_\_\_\_\_

операционная медицинская сестра \_\_\_\_\_

состав бригады анестезиологии-реанимации:

врач-анестезиолог-реаниматолог \_\_\_\_\_

медицинская сестра-анестезист \_\_\_\_\_



**ОСМОТР**

**лечащим врачом, врачом-специалистом, заведующим отделением,  
лечащим врачом совместно с врачом-специалистом, лечащим врачом  
совместно с заведующим отделением**

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. время: \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин.

Жалобы: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Анамнез заболевания (дополнения к анамнезу): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Анамнез жизни (дополнения к анамнезу): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Физикальное исследование, локальный статус (его изменение): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Диагноз:  
Основное заболевание \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах, отравлениях \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дополнительные сведения о заболевании \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Обоснование диагноза (при наличии дополнительных сведений): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Назначения: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Выполнены медицинские вмешательства: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

План обследования (дополнения к плану): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

План лечения (дополнения к плану): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ПРИЛОЖЕНИЕ 5 (продолжение)

Этапный эпикриз (заключение лечащего врача, по результатам оценки изменение состояния пациента с момента госпитализации, изменение локального статуса (при наличии), заполняется каждые 10 дней):

---

---

---

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись

---