

РОССИЙСКИЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

КАРТА СЕСТРИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ

Дата поступления _____ Дата выписки _____ Пол: м ж

ФИО пациента _____

Дата рождения _____

Отделение _____ № палаты _____

Семейный статус Женат/замужем С кем проживает

(нужное подчеркнуть) Не женат/не замужем С женой/мужем

Вдовец/вдова С детьми

В разводе Один

Другое

Контактное лицо _____ Тел. _____

Образование Среднее Профессия:

(нужное подчеркнуть) Средне-специальное Высшее

ФИО лечащего врача _____ Дата заполнения _____

Основные проблемы

Зрение	Сохранено		Убедиться в наличии у пациента необходимых очков (слухового аппарата). Попросить родственников привезти. Доложить лечащему врачу, рассмотреть вопрос о консультации специалиста
	Снижено	Скорректировано	
Не скорректировано			
Слух	Сохранен		
	Снижен	Скорректирован	
		Не скорректирован	
Речь	Нарушена		Подобрать совместно с пациентом форму общения с пациентом (блокнот, ручка, звуковой сигнал, невербальная форма общения).
	Не нарушена		

Вспомогательные средства	Съемные зубные протезы	
	Трость	
	Костыли	
	Инвалидное кресло	
	Ходунки	
	Абсорбирующее белье	

**СОЗДАНИЕ ДОСТУПНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ
ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБЯЗАТЕЛЬНО**

ОБЩИЙ СТАТУС

Рост, м		Телосложение	нормостеническое
Вес, кг			астеническое
ИМТ (кг/м²)			гиперстеническое
			ожирение

Активность в повседневной жизни (индекс Бартел)

		Количество набранных баллов
Прием пищи	10 - не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами; 5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи; 0 - полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)	
Личная гигиена (умывание, чистка зубов, бритье)	5 - не нуждаюсь в помощи; 0 - нуждаюсь в помощи	
Одевание	10 - не нуждаюсь в посторонней помощи; 5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д.; 0 - полностью нуждаюсь в посторонней помощи	
Прием ванны	5 - принимаю ванну без посторонней помощи; 0 - нуждаюсь в посторонней помощи	
Контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекации)	20 - не нуждаюсь в помощи; 10 - частично нуждаюсь в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера); 0 - постоянно нуждаюсь в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций	
Посещение туалета	10 - не нуждаюсь в помощи; 5 - частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и надевание брюк и т.д.); 0 - нуждаюсь в использовании судна, утки	
Вставание с постели	15 - не нуждаюсь в помощи; 10 - нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке; 5 - могу сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка; 0 - не способен встать с постели даже с посторонней помощью	
Передвижение (кровать, стул)	15 - могу без посторонней помощи передвигаться на расстояния до 50 м; 10 - могу передвигаться с посторонней помощью в пределах 50 м; 5 - могу передвигаться с помощью инвалидной коляски; 0 - не способен к передвижению	
Подъем по лестнице	10 - не нуждаюсь в помощи; 5 - нуждаюсь в наблюдении или поддержке; 0 - не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой	
Общий балл:		

Индекс Бартел. Интерпретация

- 0-21 балл - полная зависимость ⇒ провести оценку риска пролежней
- 22-60 баллов - выраженная зависимость ⇒ **СИНЯЯ МАРКИРОВКА**
- 61-90 баллов - умеренная зависимость
- 91-99 баллов - легкая зависимость
- 100- 99 баллов - нет зависимости

По результатам теста составить индивидуальный план сестринского ухода (см. приложение № 1)

Тест оценки мобильности

Скорость ходьбы (м/с)	
Тест «Встань и иди» (сек)	
Способность поддержания равновесия (сек) норма - более 10 сек., удовлетворительный результат 5-10 сек., плохой результат – менее 5 сек.	Правая нога
	Левая нога

Оценка рисков падения (шкала Морзе)

Категория	Варианты ответов	Баллы
Падения в анамнезе	Да	25
	Нет	0
Сопутствующие заболевания (один диагноз и более)	Да	15
	Нет	0
Вспомогательные средства передвижения	Постельный режим/помощь ухаживающих лиц	0
	Костыли/ходунки/трость	15
	Передвигаясь, держится за мебель	30
Наличие венозного катетера	Да	20
	Нет	0
Функция ходьбы (походка)	Норма; постельный режим/обездвижен	0
	Неустойчивая	10
	Нарушения	20
Оценка своих возможностей и ограничений пациентом	Осознает свои ограничения	0
	Переоценивает свои возможности, забывает об ограничениях	15

№ п/п	Количество набранных баллов	интерпретация
1.	> 45	очень высокий риск ⇒ РОЗОВАЯ МАРКИРОВКА
2.	44-25	умеренный риск
3.	24-0	невысокий риск

Состояние кожных покровов

Кожа	сухая	влажная
Тургор	сохранен	снижен
Высыпания		
Кровоизлияния		
Рубцовые изменения		
Трофические изменения		

*Примечание: нужное подчеркнуть

Шкала Ватерлоо для оценки риска возникновения пролежней (проводится при индексе Бартел < 20 баллов ⇒ **СИНЯЯ МАРКИРОВКА**)

№ п/п		0	1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Телосложение									
2.	Тип кожи, зоны визуального риска									
3.	Пол									
4.	Возраст									
5.	Особые факторы									
6.	Недержание									
7.	подвижность									
8.	Аппетит									
9.	Неврологические расстройства									
10.	Оперативные вмешательства									
11.	Лекарственная терапия									

Риск существует при >10 баллов

Риск высокий при >15 баллов

Риск очень высокий при >20 баллов } ⇒ **составить индивидуальный план ухода и профилактики пролежней**

Физиологические отправления: _____

Хронические запоры	Есть	Применение слабительных средств Применение клизм и микроклизм
	Нет	

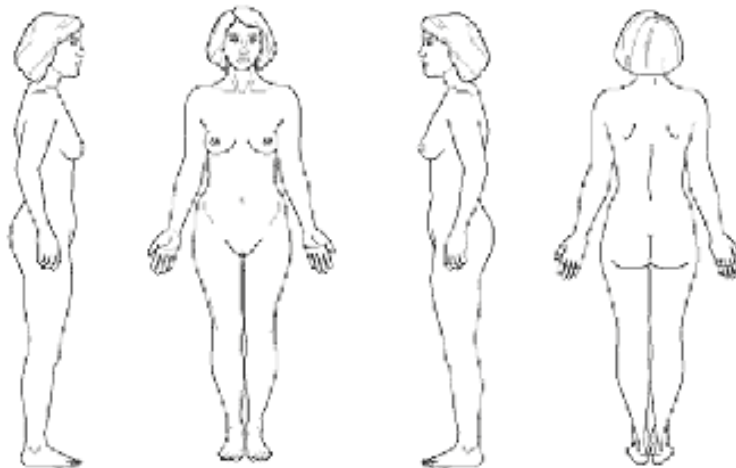
Оценка интенсивности боли

Хроническая боль	Да, постоянно испытывает (>6мес)	
	Да, периодически испытывает(<15 дн/мес)	
	Нет, не испытывает	

Визуально-аналоговая шкала оценки боли



Схематическое изображения женского тела для графического обозначения зон болевого синдрома



Сон

Нарушения сна	Есть нарушения сна	
	Нет нарушений сна	

Шкала повседневной инструментальной активности (IADL)

1. Можете ли вы пользоваться телефоном	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен	3 2 1
2. Можете ли вы добраться до мест, расположенных вне привычных дистанций ходьбы	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен добраться, если не организована специальная доставка	3 2 1
3. Можете ли вы ходить в магазин за едой	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен делать любые покупки	3 2 1
4. Можете ли вы готовить себе пищу	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен готовить любую еду	3 2 1
5. Можете ли вы выполнять работу по дому	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен выполнять какую-либо работу по дому	3 2 1
6. Можете ли вы выполнять мелкую «мужскую» / «женскую» работу по дому	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен выполнять любую мелкую «мужскую» / «женскую» работу по дому	3 2 1
7. Можете ли вы стирать для себя	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен стирать	3 2 1
8. Можете или могли бы вы самостоятельно принимать лекарства	Без посторонней помощи (в правильных дозах и в назначенное время) С частичной помощью (если кто-то приготовит лекарство к приему и/или напомнит о необходимости принять его) Полностью не способен принять лекарство	3 2 1
9. Можете ли вы распоряжаться своими деньгами	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен распоряжаться своими деньгами	3 2 1
Общий балл:		
< 27 баллов	снижение инструментальной активности	

Гериатрическая шкала депрессии

1	В целом, удовлетворены ли Вы своей жизнью?		НЕТ
2	Вы бросили большую часть своих занятий и интересов?	ДА	
3	Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста?	ДА	
4	Вам часто становится скучно?	ДА	
5	У вас хорошее настроение большую часть времени?		НЕТ
6	Вы опасаетесь, что с Вами случится что-то плохое?	ДА	
7	Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени?		НЕТ
8	Вы чувствуете себя беспомощным?	ДА	
9	Вы предпочитаете остаться дома, нежели выйти на улицу и заняться чем-нибудь новым?	ДА	
10	Считаете ли Вы, что Ваша память хуже, чем у других?	ДА	
11	Считаете ли Вы, что жить – это прекрасно?		НЕТ
12	Чувствуете ли Вы себя сейчас бесполезным?	ДА	
13	Чувствуете ли Вы себя полным энергией и жизненной силой?		НЕТ
14	Ощущаете ли вы безнадежность той ситуации, в которой находитесь в настоящее время?	ДА	
15	Считаете ли Вы, что окружающие Вас люди живут более полноценной жизнью в сравнении с Вами?	ДА	
	Общий балл:		

1 балл зачисляется за ответ «нет» на вопросы **1,5,7,11,13** и за ответ «да» на вопросы **2,3,4,6,8,9,10,12,14,15**

0-4 б. нет депрессии

≥ 5 б. вероятная депрессия

Действия: сообщить врачу о возможной депрессии

Диагностика делирия (САМ-тест)

1	Острота и волнообразность изменений психического статуса: Имеются ли изменения психического статуса относительно исходного уровня? ИЛИ Отмечались ли волнообразные изменения психического статуса в течение последних 24 часов?	Если на оба вопроса ответ «нет» → ДЕЛИРИЯ НЕТ Если на один из вопросов ответ «Да» → 4.2
2	Нарушение внимания: “Сжимайте мою руку каждый раз, когда я скажу букву А” Прочитайте следующую последовательность букв «Л А М П А А Л А Д Д И Н А» ОШИБКИ: Не сжимает на букву А и сжимает на другие буквы	Если 0-2 ошибки → ДЕЛИРИЯ НЕТ Если ≥2 ошибки → 4.3
3	Изменения уровня сознания Уровень сознания на текущий момент (по RASS) См. приложение №1	Если RASS отличен от 0 → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ Если RASS = 0 → 3.4
4	Дезорганизованное мышление: 1. Камень будет держаться на воде? 2. Рыба живет в море? 3. Один килограмм весит больше двух? 4. Молотком можно забить гвоздь? Команда: “Покажите столько же пальцев” (покажите 2 пальца) “Теперь сделайте тоже другой рукой” (не демонстрируйте) ИЛИ “Добавьте еще один палец” (если пациент не может двигать обеими руками)	Если ≥ 2 ошибка → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ Если 0-1 ошибка → ДЕЛИРИЯ НЕТ
	Заключение: ДЕЛИРИЙ / делирия нет	

The Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

+4 **ВОИНСТВЕННЫЙ**: воинственен, агрессивен, опасен для окружающих (срочно сообщить врачу об этих явлениях)

+3 **ОЧЕНЬ ВОЗБУЖДЕН**: агрессивен, пытается вырвать трубки, капельницу или катетер (сообщить врачу)

+2 **ВОЗБУЖДЕН**: частые бесцельные движения, сопротивление процедурам

+1 **НЕСПОКОЕН**: тревожен, неагрессивные движения

0 **СПОКОЕН И ВНИМАТЕЛЕН**

-1 **СОНЛИВ**: невнимателен, сонлив, но реагирует всегда на голос

-2 **ЛЕГКАЯ СЕДАЦИЯ**: просыпается на короткое время на голос

-3 **СРЕДНЯЯ СЕДАЦИЯ**: движение или открытие глаз на голос, но нет зрительного контакта

Если делирий есть:

- - **сообщить врачу**
- - **круглосуточное наблюдение**
- - **соблюдение режима дня**
- - **мониторинг общего состояния: температура, АД, ЧСС, ЧДД и т.д.**
- - **мониторинг состояния сознания (САМ-тест)**

Тест «Mini-Cog»

1. Попросите пациента повторить за вами и запомнить три слова:

ЛИМОН КЛЮЧ МЯЧ

2. Попросите пациента нарисовать круглый циферблат часов.

Расставить все цифры и расположить стрелки таким образом, чтобы часы показывали 11 часов 10 минут

3. Попросите пациента воспроизвести слова после выполнения теста на рисование часов.

Любое отклонение от нормы теста может свидетельствовать о возможных когнитивных расстройствах. Необходимо сообщить лечащему врачу!

При выявлении когнитивных нарушений ⇒ ЖЕЛТАЯ МАРКИРОВКА

Краткая шкала оценки питания (MNA)

А.	Снизилось ли за последние 3 месяца количество пищи, которое вы съедаете, из-за потери аппетита, проблем с пищеварением, из-за сложностей при пережевывании и глотании?	0=серьезное снижение количества съедаемой пищи 1= умеренное снижение кол-ва съедаемой пищи; 2= нет снижения количества съедаемой пищи
Б.	Потеря массы тела за последние 3 месяца	1= не знаю; 2=потеря m тела от 1 до 3 кг 3=нет потери массы тела
В.	Подвижность	0 = прикован к кровати/стулу; 1=способен встать с кровати /стула, но не выходит из дома; 2=выходит из дома
Г.	Острое заболевание (психологический стресс) за последние 3 месяца	0=да; 2=нет
Д.	Психоневрологические проблемы	0= серьезное нарушение памяти или депрессия; 1= умеренное нарушение памяти; 2= нет нейропсихологических проблем
Е.	Индекс массы тела	0= меньше 19; 1=19-21; 2=21-23; 3=23 и выше
Ж.	Живет независимо (не в доме престарелых или больнице)	0=нет;1=да
З.	Принимает более трех лекарств в день	0=да;1=нет
И.	Пролежни и язвы кожи	0=да;1=нет
К.	Сколько раз в день пациент полноценно питается	0=1 раз; 1=2 раза; 2=3 раза;
Л.	Маркеры потребления белковой пищи: одна порция молочных продуктов (1 порция = 1 стакан молока, 60 гр творога, 30 гр сыра, 3/4 стакана йогурта) в день (да /нет); две или более порции бобовых и яиц в неделю (1 порция = 200 гр бобовых, 1 яйцо) (да /нет); мясо, рыба или птица каждый день (да /нет)	0= если 0-1 ответ да; 0,5= если 2 ответа да; 1=если 3 ответа да
М.	Съедает две или более порций фруктов или овощей в день (1 порция = 200 гр овощей, 1 любой фрукт среднего размера)	0=нет; 1=да;
Н.	Сколько жидкости выпивает в день	0= меньше 3 стаканов; 0,5= 3-5 стаканов; 1= больше 5 стаканов;
О.	Способ питания	0= не способен есть без помощи; 1= ест самостоятельно с небольшими трудностями 2= ест самостоятельно
П.	Самооценка состояния питания	0=оценивает себя как плохо питающегося;1=оценивает свое состояние питания неопределенно;2=оценивает себя как не имеющего проблем с питанием
Р.	Состояние здоровья в сравнении с другими людьми своего возраста	0=не такое хорошее 0,5=не знает; 1=такое же хорошее; 2=лучше
С.	Окружность по середине плеча, см	0=менее 21; 0,5=21-22; 1=22 и больше
Т.	Окружность голени, см	0=меньше 31; 1=31 и больше
Общий балл:		
Краткая шкала оценки питания		>23,5 – нет проблем с питанием 17-23,5 – опасность недоедания <17 – недостаточность питания

Приложение №1 План сестринских мероприятий по результатам теста «индекс Бартел»

Количество баллов	мероприятия	периодичность
0-21	Постановка клизмы	1 раз в день
Полная зависимость	Смена памперса	2-3 раза в день
	Подмывание	Перед каждой сменой памперса
	Умывание	1 раз в день, утром
	Причесывание	1 раз в день
	Бритье	1 раз в 2 дня
	Уход за зубными протезами	После каждого приема пищи
	Чистка зубов	2 раза в день утром и вечером
	Помощь в приеме лекарственных препаратов	По назначению врача
	Помощь при посещении туалета	по мере необходимости
	Кормление	4 раза в день
	Помощь при перемещении с кровати на стул и обратно	По мере необходимости
	Переворачивание в кровати	По мере необходимости
	Одевание, раздевание	По мере необходимости
	Сопровождение на прогулки и процедуры	По мере необходимости
	Мытье	1 раз в 3 дня
	Гигиеническая обработка ушей и носа	1 раз в день утром
	Обработка пролежней	2 раза в день
	Смена постельного белья	По мере загрязнения
	Смена нательного белья	По мере загрязнения
	Профилактика пролежней	Постоянно
22-60	Помощь в умывании	По мере необходимости
Выраженная зависимость	Помощь в причесывании	По мере необходимости
	Помощь в гигиенической обработке ушей и носа	По мере необходимости
	Помощь в уходе за зубными протезами	По мере необходимости
	Помощь в приеме лек. препаратов	По назначению врача
	Постановка клизмы	По мере необходимости
	Помощь в смене памперса	По мере необходимости
		По мере необходимости
	Помощь во время приема пищи	3-4 раза в день
	Сопровождение на прогулку, процедуры, помощь в перемещении.	По мере необходимости
	Наблюдение за состоянием кожных покровов	1 раз в день
	Смена постельного белья	По мере загрязнения
	Смена нательного белья	По мере загрязнения
		Профилактика пролежней
61 -90	Постановка клизмы	По мере необходимости
умеренная зависимость	Санитарно-гигиенические процедуры	По мере необходимости
	Помощь в приеме пищи	4 раза в день
	Помощь при перемещении с кровати на стул и обратно	По мере необходимости
	Помощь в одевании, раздевании	По мере необходимости
	Сопровождение на прогулки и процедуры	По мере необходимости
	Помощь в смене постельного белья	По мере загрязнения
	Помощь в смене нательного белья	По мере загрязнения
	Наблюдение за состоянием кожных покровов	Ежедневно
91-99	Помощь в приеме пищи	По мере необходимости
лёгкая зависимость в повседневной жизни	Помощь при приеме лек препаратов	По мере необходимости
	Сопровождение на прогулки, процедуры	По мере необходимости
От 99 - нет зависимости		

Приложение №2

Инструкции по выполнению тестов

Тест рисования часов

Тест проводится следующим образом: больному надо дать чистый лист нелинованной бумаги и карандаш, попросить нарисовать круглые часы с цифрами на циферблате и чтобы стрелки показывали, например, «без пятнадцати два». Пациент самостоятельно должен нарисовать круг, поставить в правильные места все 12 чисел и нарисовать стрелки, указывающие на правильные позиции. В норме, это задание никогда не вызывает затруднений. Если возникают ошибки, они оцениваются количественно по 10-балльной шкале.

10 баллов – норма, нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время

9 баллов – незначительные неточности в расположении стрелок

8 баллов – более заметные ошибки в расположении стрелок

7 баллов – стрелки показывают совершенно неправильное время

6 баллов – стрелки не выполняют свою функцию (например, нужное время обведено кружком)

5 баллов - неправильное расположение чисел на циферблате, они следуют в обратном порядке или расстояние между числами неодинаковое

4 балла - утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга

3 балла - числа и циферблат не связаны друг с другом

2 балла - пациент пытается выполнить тест, но безуспешно

1 балл - пациент не делает попыток выполнить тест

Тест «Встань и иди»: Пациента просят встать со стула без помощи рук, пройти три метра, вернуться назад и сесть на стул. При ходьбе пациент использует обычные для себя средства помощи.

Способность поддерживать равновесие: В положении стоя пациент опирается на одну ногу при разведенных в сторону руках и отведенной противоположной ногой.

Скорость ходьбы: Отметьте на полу расстояние 10 метров; затем отметьте 2 метра от начала и 2 метра от конца этого расстояния. Попросите пациента пройти все 10 метров в комфортном для него темпе. Начинайте отсчет времени, когда пациент пересечет первую 2-х метровую отметку и заканчивайте отсчет времени, когда пациент пересечет вторую 2-х метровую отметку. Таким образом, вы измерите время, в течение которого пациент проходит 6 метров (2 метра в начале и 2 метра в конце пути не учитываются, в связи с ускорением и замедлением пациента). Для расчета скорости ходьбы разделите 6 на время (в секундах), в течение которого пациент прошел 6 метров.