

№ ЛД-21

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра Внутренних болезней №3

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ  
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ (ВНЕАУДИТОРНОЙ) РАБОТЫ**

по дисциплине «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ.  
ОБУЧАЮЩИЙ СИММУЛЯЦИОННЫЙ КУРС 2»  
по теме «Методика приема больного в поликлинике»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования -  
программы специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело,  
утвержденной 30.03.2022 г.

Владикавказ, 2022

Методические рекомендации предназначены для внеаудиторной самостоятельной работы студентов 5,6 курсов (9,10,11,12 семестры) лечебного факультета ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России по дисциплине «Поликлиническая терапия. Обучающий симмуляционный курс 2»

Составители:

Бестаев Д.В., дм.н., доцент, зав.каф.

Брциева З.С., доцент

Бурдули Н.Н., доцент

Коцоева О.Т., доцент

Кцоева С А., доцент

Хутиева Л.М., доцент

### **Методика приема больного в поликлинике**

1. Перед тем, как пригласить больного в кабинет, проверьте, все ли готово у Вас для приема больного (наличие стетофонендоскопа, тонометра , медицинского термометра, шпателей). Не забудьте помыть руки.
2. Вызовите в кабинет больного (медсестра) и пригласите его сесть к столу (обращайтесь к больному на Вы). Обратите внимание на походку больного, выражение лица, манеру говорить.
3. Уточните фамилию, имя, отчество и возраст больного, место работы, должность и сопоставьте эти данные с записью на обложке амбулаторной карты
4. Выясните цель визита к Вам. При наличии жалоб на состояние здоровья выслушайте их, при необходимости детализируйте. Выделите главные жалобы, характеризующие поражение определенных органов и систем, а также жалобы общего характера, связанные с проявлением интоксикации, астенизации. При необходимости во время беседы проведите больному термометрию.
5. Расспросите о причинах заболевания, его начала ( время, проявления), течении, проведенном лечении, его влиянии на самочувствие.
6. Целенаправленно соберите основные данные из анамнеза жизни, сведения о перенесенных заболеваниях, в т.ч. о вирусном гепатите, аллергологический анамнез. Во время беседы с больным продолжайте наблюдать за его поведением, обратите внимание на внешность, позу, выраженность одышки, окраску лица, губ. Посчитайте пульс. Измерьте артериальное давление.
7. Попросите больного раздеться до пояса . Пока больной раздевается, просмотрите его амбулаторную карту, лист уточненных диагнозов. Одновременно начинайте записывать жалобы, данные анамнеза в амбулаторную карту.
8. Как только больной разделся, продолжайте обследовать его. Оцените осанку, конституцию, окраску кожных покровов, их влажность; осмотрите конъюнктивы; оцените развитие мышц, состояние суставов. При наличии существенных отклонений в росте, весе попросите медсестру провести антропометрию и взвешивание больного; проведите пальпацию периферических лимфоузлов, молочных желез; осмотрите язык, зев, исключите патологическую пульсацию крупных кровеносных сосудов, увеличение щитовидной железы.
9. После общего осмотра приступайте к детальному обследованию системы, которая по данным жалоб и анамнеза в наибольшей степени может быть поражена патологическим процессом. Данная система должна быть обследована в достаточно полном объеме (включая осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию ). Другие органы и системы исследуйте по следующей схеме : в положении больного сидя или стоя проведите обследование легких. Выслушайте сердце ( желательно в положении стоя и лежа, а в ряде случаев - на левом боку). Проверьте наличие отеков на нижних конечностях. В положении лежа проведите пальпацию живота ( болезненность, состояние печени, селезенки). Уточните характер стула. В положении сидя или стоя проверьте симптом Пастернацкого.
10. Выясните наличие сопутствующей патологии, которая может иметь значение для ведения больного.
11. Закончив обследование, предложите больному одеться, в то же время продолжайте запись в амбулаторной карте результатов обследования с указанием основных данных о состоянии заинтересованной системы, всех выявленных отклонений от нормы. В краткой форме опишите норму со стороны других систем . Следствием осмысления полученных данных должны быть Ваш диагноз  
(предположительный), план дополнительных исследований и лечебно

диагностические мероприятия. Дайте указания медсестре о заполнении направлений на анализы и другие исследования, других документов.

12. Соблюдая правила врачебной этики медицинской деонтологии, проведите беседу с больным о его заболевании, намечаемых дополнительных исследованиях, назначенном лечении.
13. Дайте рекомендации больному в отношении трудоспособности (при необходимости оформите листок нетрудоспособности или справку). Расскажите больному о порядке приема лекарств, проведении других оздоровительных мероприятий. Назначьте срок повторной явки или посещения больного на дому. Перед уходом больного попрощайтесь с ним.
14. Закончите записи в амбулаторной карте, укажите Ваш диагноз, дополнительные исследования, назначенное лечение, номер б\л (справки), и срок, на который он выдан. Укажите дату повторной явки на прием (или посещение на дому). Четко распишитесь в амбулаторной карте и других документах.
15. При уточнении диагноза (при повторных явках больного) заполните статистический талон и впишите диагноз в лист уточненных диагнозов в амбулаторной карте. При ОРЗ, ангине, гриппе стат. талон заполняется при первом осмотре.
16. При повторном осмотре больного в амбулаторной карте отражается динамика самочувствия и состояния, выполнение режима, переносимость лекарств и соответствие их приема назначению. Проводится оценка эффективности лечения, в необходимых случаях - коррекция его, делается отметка о продлении б\л и последующей явке на прием или закрытие б\л с указанием профилактических и трудовых рекомендаций.

При выявлении заболеваний врач любой специальности должен обеспечить заполнение :

1. Статистического талона для регистрации заключительных (уточненных диагнозов) - форма № 025-12 /у -04
2. Амбулаторной карты - форма № 025/у -04 - основной медицинский и учетный документ больного, лечащегося амбулаторно и на дому. Лист для записи уточненных диагнозов является составной частью амбулаторной медицинской карты. Правила заполнения :
  - Обязательное заполнение паспортной части
  - Перед каждой записью обязательно ставится дата, а также отметка «на дому» или «амбулаторно»
  - Диагноз пишется по русски или на языке соответствующего национального образования
  - Обязательно указывается назначенное дополнительное обследование
  - Данные справок и других документов записываются в карту
  - Точно обозначать даты нетрудоспособности и сроки выписки больного на работу
  - Ежегодно оформляется эпикриз больного, находящегося на диспансерном учете. В нем должно быть отражено : назначение явок для наблюдения и их выполнение больным, назначение и выполнение курсов противорецидивного лечения, динамика клинических и параклинических показателей, число и длительность обострений основного заболевания, число дней нетрудоспособности, заключение о состоянии здоровья (улучшение, ухудшение, без перемен); снят с учета (причина снятия)
3. Контрольной карты диспансерного наблюдения - форма № 030/у -04

При необходимости врачом заполняются справки о временной нетрудоспособности (студентов, учащихся, рабочих, служащих), медицинские справки (врачебное

профессионально-экспертное заключение), листок нетрудоспособности, направление в бюро МСЭ, выписываются рецепты.

При направлении больного на санаторно-курортное лечение вначале выдается справка для получения путевки - форма №07/у -04. Срок ее действия - 6 месяцев. Справка носит предварительный информационный характер, не заменяет санаторно-курортной карты и представляется больным вместе с заявлением о выделении путевки на санаторнокурортное лечение по месту предоставления путевки (фонд социального страхования или профсоюзные комитеты предприятий). После получения путевки лечащий врач заполняет и выдает больному санаторно-курортную карту - № 072/у -04 (см. приложение).

В санаторно-курортную карту независимо от вида болезни вносятся результаты следующих исследований :

- Клинический анализ крови, мочи
- Рентгеноскопия органов грудной клетки ( если с момента последнего рентгеновского исследования прошло более 6 мес.)
- ЭКГ
- В отдельных случаях для уточнения диагноза - иммунологические, биохимические, рентгенологические методы исследования
- Заключение гинеколога (для женщин)

При основном или сопутствующем заболеваниях - заключение соответствующих специалистов	диагноз
---	---------