

Отчет по производственной практике "Научно-исследовательская работа"

Отчет по анализу качества

диспансеризации пациента с хроническим соматическим заболеванием

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ амбулаторного больного

Ф.И.О. больного _____

Год и месяц рождения _____

Место работы, должность _____

Наименование лечебного учреждения, в котором больной состоит на диспансерном учете _____

Группа диспансерного учета _____

1. Основной диагноз _____

Осложнения _____

Сопутствующие заболевания _____

2. Обоснование основного диагноза:

2а. Полнота проведения лабораторно-инструментальных методов обследования и консультаций специалистов за последние 3 года (указать кратность):

20__ г _____

20__ г _____

20__ г _____

20__ г _____

2б. Данные обследования за последний год:

2в. Какие обследования необходимо назначить дополнительно?

2г. Интерпретация данных обследования (перечислить, какие патологические отклонения обнаружены): _____

3. Анализ лечебно-реабилитационных мероприятий, проведенных больному.

3а. Объем лечебно-реабилитационных мероприятий за последние 3 года:

20__ г _____

20__ г _____

20__ г _____

20__ г _____

3б. Соответствуют ли проведенные лечебно-реабилитационные мероприятия современным рекомендациям? Обоснуйте свой ответ.

3в. Какие лечебно-реабилитационные мероприятия необходимо назначить больному дополнительно? Обоснуйте свой ответ.

4. Анализ трудоспособности больного.

4а. На момент осмотра _____

4б. Число случаев и дней нетрудоспособности в году за последние 3 года с указанием причины нетрудоспособности:

20__ г _____

20__ г _____

20__ г _____

20__ г _____

4в. При наличии признаков стойкой утраты трудоспособности у больного – укажите их:

5. Общая оценка диспансеризации (удовлетворительная, частично удовлетворительная, неудовлетворительная) с обоснованием

6. План медицинской, социальной, профессиональной реабилитации больного на 20__ -20__ гг.

7. Список используемой литературы:

Обучающийся (Ф.И.О.) _____

Курс _____ факультет _____ группа _____

Дата _____ 20__ г. _____ (подпись обучающегося)

Замечания преподавателя _____

Оценка _____ //

Преподаватель _____ //

(подпись)

(Ф.И.О.)

Эпикриз взятия на диспансерный учет

Ф.И.О. (полностью) _____

Дата рождения _____ Профессия _____

Анамнез жизни _____

Анамнез заболевания (начало, развитие симптомов, наличие осложнений, эффективность лечебных мероприятий) _____

Наследственность _____

Вредные привычки _____

Аллергологический анамнез _____

Жалобы на момент осмотра _____

Данные объективного осмотра _____

Состояние _____

Питание _____

Кожные покровы и видимые слизистые _____

Лимфатические узлы _____

Органы дыхания _____

ЧДД _____

Органы кровообращения _____

ЧСС _____

АД sin. _____ АД dext. _____

Пульс _____

Язык _____

Живот _____

Стул _____

Симптом поколачивания по поясничной области _____

Диурез _____

Отеки _____

Интерпретация результатов проведенных лабораторных и инструментальных методов обследования

Взятие на диспансерный учет с диагнозом: _____

Код заболевания по МКБ - 10 _____

Группа здоровья _____

Дополнительные данные _____

План лечебно-оздоровительных мероприятий

1) Кратность осмотра ____ раз в год (количество) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

2) Проведение лабораторных и инструментальных методов обследования:

наименование обследования: (количество) _____ раз в год:

3) Консультации узких специалистов: _____ раз в год:

наименование специалистов) (количество) _____

4) Лечение (немедикаментозное, медикаментозное – препарат по МНН с указанием дозы, кратности приема): Базисная терапия _____

Курсовое лечение _____

5) Стационарное лечение - показания, количество плановых госпитализаций, профиль стационара

6) Санаторно-курортное лечение: планируется, не планируется (нужное подчеркнуть), профиль санатория, сроки заездов _____

7) ВМП (высокотехнологичная медицинская помощь): планируется, не планируется (нужное подчеркнуть) _____

8) Плановая вакцинация (наименование вакцины, доза, путь введения, сроки введения) _____

9) Обучение в школе здоровья _____ (наименование школы здоровья)

кратность _____

10) Необходимость

трудоустройства: _____

11) Дата контрольной диспансерной явки _____

Ф.И.О. врача (обучающегося, группа) _____ / _____ / _____

(подпись)