

# Электронная история болезни

## Системные требования:

- MS Access 2003 и выше;
- Монитор с разрешением 1680x1050 и выше (для полного отображения больших форм без прокрутки).

**ВАМ**

**БОЛЬШЕ**

**НЕ**

**НУЖНО:**

**У**

**ВАС**

**ЭТО**

**БУДЕТ:**



многократно вписывать одни и те же сведения о пациенте в различные бумажные формы !



ломать голову в попытках разобрать почерк коллег !



вести подробные стационарные журналы !



перебирать стопки историй для поиска нужной информации и оформления календарных статистических отчётов !



однажды ввёл - везде заполнено !



однажды выбрал шрифт – любуйся !



однажды ввёл – готов архив !



для стандартного стат.отчёта - три клика: выбрать период, создать, распечатать и/или отправить адресату!

- Данный программный продукт поставляется в полностью адаптированном под конкретное отделение виде.
- Оформление, структуру, выполняемые задачи, макеты распечатываемых документов, содержание статистических отчётов и т.п. определяет конечный потребитель.
- «Обкатка» предварительных вариантов (trial версий) не более 30 дней (будет установлен ограничитель).
- Стоимость одной локальной версии программы 500 USD (предоплата 20%, за trial версию ещё 30%).  
Сетевая версия – от 900 USD.
- Сервисное обслуживание (внесение дополнений, изменений, установка новых версий программы) – 20% в год.

# Для примера ознакомьтесь с постоянно работающим вариантом программы

(неонатальная реанимация ОДКБ г.Днепропетровск, Украина)

## Основная кнопочная форма

Кнопочная форма

В 2010г.      Всего:

                  Умерло:

                  Летальность:  %

Ср.заполнение отд.:

На сегодня состоит:

Запись: 1 из 1

Динамически  
изменяющиеся  
статистические  
показатели  
отделения

Кнопки для вызова  
соответствующих  
форм

# Форма для ввода поступившего ребёнка с вкладками и управляющими кнопками

Вкладка «Титул ИБ»: данные для заполнения титульного листа истории болезни.

Поступление

Напечатать титульный лист ИБ Напечатать первичный осмотр Протокол в/в катетера Анализы

Титул ИБ Данные анамнеза Первичный осмотр План обследования План лечения

№ п/п № ИБ Фамилия

Дата, время рождения Пол

Дата, время поступления

Госпитализирован Палата

Адрес г/р-н области Днепродзержинск

Адрес г.Орджоникидзе г.Павлоград

Группа крови A (II) B (III) AB (IV) 0 (I)

ФИО, возраст матери г.Синельниково г.Терновка

Место работы, должность матери Днепропетровский р-н Межевской р-н Никопольский р-н

Направлен РД ГБ №99 г. Дн-жск

Диагноз направившего учреждения РД ГБ №99 г. Дн-жск

Диагноз при поступлении РД РДС. ДН 2ст. Неонатальная энцефалопатия, с-м ап ГРД РДС. ДН 2ст. Риск реализации ВУИ. Недошенность Сиф РДС. ДН 3ст. БГМ? ВЖК? Высокий риск ВУИ. Недонс Маи РДС. ДН 3ст. Недошенность 27 нед. РДС. ДН 3ст. С-м гипертонии РДС. ДН1ст. Недошенность 34 нед. РДС. ДН2-3ст. УВИ. Недошенность 36 нед. РДС. ДН2ст. ПГП ЦНС. Недошенность 31 нед.

Запись: 63 из 63

Поля для ввода данных.

Переключатели, флажок


Поля с выпадающим списком стандартных значений

Поля с выпадающим списком, где каждое новое значение добавляется в общий список

## Вкладка «Данные анамнеза».

Поля «№ п/п», «№ ИБ», «Фамилия»: «сквозные», т.е. введенные данные на первой вкладке отображаются на всех остальных вкладках.

Поступление



# Поступление

Напечатать титульный лист ИБ    Напечатать первичный осмотр    Протокол в/в катетера    Анализы

Титул ИБ: **Данные анамнеза**    Первичный осмотр    План обследования    План лечения

№ п/п: 063-10    № ИБ: 5233    Фамилия: Соболев

Доставлен: НеоРБ ОЦЭМП    Место рождения: РД ГБ №9 г.Дн-жск

Анамнез: дополнений нет в связи с отсутствием родственников

Вес при рождении, г: 2900    Гестация, нед: 37

ВИЧ: 9.11.09, 18.01.10 отр    RW: 9.11.09 отр    Hbs Ag: 16.11.09 отр

Группа крови матери: A(II)    Rh: пол

Состояние здоровья матери: Анемия лёгкой ст.

Предыдущие беременности: 0

Настоящая беременность: 1    Кесарево сечение:     Ребёнок родился: доношенным

Течение настоящей беременности: Угроза прерывания б-ти в 19нед. 27.01.10: CMV IgG-84,0; HVS IgG 33,4; Rubella IgG 40,0.

Характер и продолжительность родов: Частичная отслойка N расположенной плаценты по краевому типу.

Состояние при рождении: средней тяжести

ОША 1мин: 6    ОША 5мин: 7    ОША 20мин:

Мероприятия в родзале: Санация ВДП, ИВЛ мешком и маской, O2 свободным потоком, в/в физ.р -р 30,0.

Динамика состояния на предыдущих этапах лечения: Находился на совместном пребывании, кормился смесью. В динамике: стон, гиперактивность, нарастала O2 зависимость - СРАР, седация. С 14:30 выраженное тахипноэ.

Лечение на предыдущих этапах лечения: nCPAP, ИВЛ 40% O2. В/в 10% глюкоза + 10% Са глюконат + гепарин, уназин, сибазон, ГОМК, фенobarбитал 50мг, бифидумбактерин, парацетамол в свечах.

Вакцинация в роддоме: Нет данных


Запись: 63 из 63

## Вкладка «Первичный осмотр».

Возможно копирование данных объективного осмотра любого из предыдущих пациентов как шаблон для новых.

Поле «Диагноз при поступлении» уже заполнено из первой вкладки, но может быть изменено в первичном осмотре.

Поступление



# Поступление

Напечатать титульный лист ИБ    Напечатать первичный осмотр    Протокол в/в катетера    Анализы

Титул ИБ    Данные анамнеза    **Первичный осмотр**    План обследования    План лечения

№ п/п 063-10    № ИБ 5233    Фамилия Соболев

t тела, С 36,3    ЧСС, bpm 136    ЧД, bpm ИВЛ    АД, mmHg 58/28(45)    SpO2, % 100

FiO2 0,6    Вес при поступлении, г 3040    Состояние тяжёлое

Сводка патологических с-мов

Зависимость от O2, ИВЛ. Гипервозбудимость, негрубые клонико-тонические судороги, слабый пульс на периферии.

Объективно

Голова правильной ф-мы, БР 1,5x1,5см. Умеренная гипотермия. ОШКГ - 9 баллов. Кожные покровы розовые, акроцианоз, мягкие ткани пастозны. Седирован ГОМКом 3ч назад, клонико-тонические судороги в ответ на раздражители. ИВЛ в режиме АС, ч/з ЭТТ 3,5 назотрахеально на 11,5 см, параметры: f - 60; PIP/PEEP - 24/7/14 см водн.ст., tin - 0,4; FiO2 - 0,6. Экскурсия гр.клетки, слабая, выражена уточка мимо ЭТТ. Аускультативно бронхофония, умеренное ослабление слева, после подтягивания ЭТТ до 11 см - проводится симметрично. Тоны сердца приглушены, тенденция к брадикардии. Пульс на периферии сниженного наполнения и напряжения. Снижение диастолического АД. Живот вздут, мягкий, доступен пальпации. Печень и селезенка не увеличены. По желудочному зонду - желудочный сок, створоженное молоко. Стул самостоятельный, меконий. Мочевыделения не было. НСГ: рисунок борозд и извилин выражен достаточно, грубый 2 стор.ПВО. АСА 22/6/13, RI-0,73 RI-1,23. ЭхоКГ: ООО, дилатация пр отделов сердца, наполнение и сократимость ЛЖ снижены. Аритмия, ОАП минимальный, визуализируется непостоянно. ЧЗИ внутренних органов: визуализируются оба надпочечника, строма.

Диагноз при поступлении

Тяжёлая асфиксия при рождении. ОРДС. ДН 2-3ст. НК 2а-б ст. Судорожный с-м.


Врач Волков Д.Г.

Запись: 63 из 63

## Вкладка «План обследования».

Назначенный анализ выбирается в очередной строке из списка, затем при выходе из каждого раздела все набранные анализы автоматически переносятся в нижнее поле и в таком виде сохраняются в базе данных, или после нажатия кнопки «Стандартный план обследования» нижнее поле автоматически заполняется стандартным планом обследования (если таковой имеется в отделении). Возможен ввод анализа не содержащегося в списке вручную.

Поступление



# Поступление

Напечатать титульный лист ИБ    Напечатать первичный осмотр    Протокол в/в катетера    Анализы

Титул ИБ    Данные анамнеза    Первичный осмотр    **План обследования**    План лечения

№ п/п 063-10    № ИБ 5233    Фамилия Соболев

Стандартный план обследования

Лаб_исследование	Бак_обследования	R, УЗИ
OAK	кала	R-грамма органов гр.полости
Гр.крови, Rh ф-р	мокроты из трахеи	R-грамма органов бр.полости
Глюкоза крови	крови	НСГ, ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости, почек
Электролиты плазмы		*
Мочевина плазмы		
Общ.белок плазмы		
СРБ		
Лактат		
NSE		

Запись: 1 из 3

Лаб\_исследование

- OAK
- Гр.крови, Rh ф-р
- Глюкоза крови
- КЩС и газы крови
- Электролиты плазмы
- Мочевина плазмы
- Креатинин плазмы
- Общ.белок плазмы
- Белковые фракции плазмы
- Общ.билирубин и фракции
- СРБ
- Лактат
- NSE
- Гемолиз
- Коагулограмма
- Время свёртывания крови
- OAM
- Мочевина, креатинин мочи
- СМЖ
- АЛТ, АСТ
- Лактат
- NSE




## Вкладка «План лечения».

Поля «Вес при поступлении» и «Гестация» уже заполнены.

Препараты выбираются в очередной строке из списка, вручную вводится доза, если необходимо меняется кратность и путь введения, затем при выходе из списка все набранные препараты автоматически переносятся в правое поле и в таком виде сохраняются в базе данных. Возможен ввод препаратов не содержащихся в списке вручную.

Поступление



# Поступление

Напечатать титульный лист ИБ    Напечатать первичный осмотр    Протокол в/в катетера    Анализы

Титул ИБ    Данные анамнеза    Первичный осмотр    План обследования    **План лечения**

№ п/п 063-10    № ИБ 5233    Фамилия Соболев

Вес при поступлении, г 3040    Гестация, нед 37

1. Респираторная поддержка AC

Режимы респираторной поддержки	FiO2	f, bpm (ГЦ)	PIP/PEEP/MAP, cm H2O	TV, ml	Ti, s	Дельта P, %
	0,4	60	24/7/14		0,4	

Запись: 1 из 1

2. Энтеральные кормления Не кормить

Питание

Объем, кратность

3. Антибактериальная терапия

Антибиотик, доза, путь, кратность, длительность	Антибиотик, доза, путь, кратность, длительность
Уназин по 230 мг в/в x 2р за 30мин	Уназин по 230 мг в/в x 2р за 30мин
Уназин по __ мг в/в x 2р за 30мин	
Нетромицин по __ мг в/в x 1р за 30мин	
Цефтриаксон по __ мг в/в x 1р за 30 мин	
Амикацин по __ мг в/в x 1р за 30мин	
Сульперазон по __ мг в/в x 2р за 30мин	
Флюконазол по __ мг в/в x 1р за 30мин	
Эдидин по __ мг в/в x 1р за 60мин	
Меронем по __ мг в/в x 2р за 30мин	

Запись: 1 из 2

4. В

5. Седативная терапия

Препарат, доза, путь, кратность	Препарат, доза, путь, кратность
Бензонал 100 мг x 1 р per os	Бензонал 100 мг x 1 р per os
*	

Запись: 1 из 1

6. Симптоматическая терапия

Препарат, доза, путь, кратность	Препарат, доза, путь, кратность
Викасол 0,4 мл x 1 р в/м	Викасол 0,4 мл x 1 р в/м
Атропин 0,1 п/к	Атропин 0,1 п/к
*	

Запись: 1 из 2

7. Инфузионная т-я с парентеральным питанием Инфузия из расчёта, мл/кг\*сут: 40 = 121,6 мл за вычетом объёма разведения п-тов и энтеральных кормлений: 25 со скоростью: 2,7 мл/ч

Инфузионная т-я с парентеральным питанием	Инф_т-я с парентер_питанием
Глюкоза 15 % 25 мл	Глюкоза 15 % 25 мл
Гепарин 25 Ед	Гепарин 25 Ед
*	

Запись: 1 из 2

Запись: 63 из 63

Код форми за НБУД  
Код медичної форми

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  
ФОРМА № 0.03.1/0  
Затверджено наказом МСЗ України  
26.07.99 р. № 184

Міністерство охорони здоров'я України  
Центральне управління  
Департамент проблематики клінічної лікарні

**МЕДИЧНА КАРТА № 5233**  
**СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО**

Госпіталізація	05 05 10 23 45	Відділення	<b>ОАИТН</b>	Задача №	1
Дата прийому	місяць, рік	година, хвилини			
Після операції		і до операції	ж хвороби	повторно	
Проведено ліжко-днів		Переведений (а) у відділення			
Група крові	<b>A (II)</b>	Резус-приналежність	<b>пол</b>	ВІВ	
Щищени чужорідність або непереносимість препаратів					

**Соболев**

1. Прізвище, ім'я, по батькові: **Соболев**  
2. Стать: ч-1, ж-2  1 3. Вік: **1** сут **05 05 10** 2:00  
(місяць, місяць, рік)

4. Постійне місце проживання: місто **1, село - 2**  **г.Дніпродзержинск**  
(вказати адресу: область, район, населений пункт)

№ телефону: для приїзду - адресу родичів  
5. Місце роботи, спеціальність або посада: **мать: Соболева Юлія Александровна, 28л**  
**Декретний отпуск**

6. Куди направляє хворого: **РД ГБ №9 г.Дн-жск**  
(назва медичного закладу)

7. Госпіталізований (а) в стаціонар: за терміновим показанням - 1, через годину після початку захворювання, смертельного травми, в плановому порядку - 2  1

8. Цілічне ліжувальне закладу, який ширшав хвороби: **РДС, ДН 3ст, С-т гіпервозбудимості**

9. Діагноз при госпіталізації: **Тяжеля асфіксія при народженні, ОРДС, ДН 2-3ст, НК 2а-б ст, Судорожний с-т**

10. Діагноз клінічний:  
Дата встановлення: Лікар (прізвище, ім'я)

11. Діагноз закритий клінічний:  
а) основний

Код за МКХ-Х

б) ускладнення основного

в) сукупний

**Готовый к печати титульный лист истории болезни.**

Жирным курсивом данные о пациенте.

Обратная страница стандартной формы истории болезни распечатывается после специального сообщения на оборотной стороне этого же листа.

Если в принтере на предусмотрена автоматическая двусторонняя печать следует вручную перевернуть лист, вставить в принтер и нажать «ОК» на специальном сообщении.

# Готовый к печати первичный осмотр.

Также, предусмотрена двусторонняя печать.

Для первичного осмотра											
<p>Ребёнок <u>Соболев</u> доставлен <u>НеоРБ ОЦЭМП</u> из <u>РДГБ №9 в Дн-жск</u></p> <p>Анамнез известен из выписки, <u>дополнений нет в связи с отсутствием родственников</u></p> <p>Место рождения <u>РДГБ №9 в Дн-жск</u> Вес при рождении <u>2900</u> Гестация, нед <u>37</u></p> <p>Состояние здоровья матери <u>Анемия лёгкой ст.</u></p> <p>Предыдущие беременности <u>0</u></p> <p>Настоящая беременность <u>1</u></p> <p>Течение настоящей беременности <u>Угроза прерывания б-ти в 19 нед. 27.01.10: ОМВ IgG-84,0; HVS IgG 33,4; Rubella IgG 40,0.</u></p> <p>Характер и продолжительность родов <u>Частичная отслойка N расположенной плаценты по краевому типу.</u></p> <p>Кесарево сечение <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Состояние при рождении <u>средней тяжести</u> ОША <u>6 / 7</u></p> <p>Мероприятия в родзале <u>Санация ВДП, ИВЛ мешком и маской, О2 свободным потоком, в/в физ.р -р 30,0.</u></p> <p>Динамика состояния на предыдущих этапах лечения <u>Находился на совместном пребывании, кормился смесью. В динамике: стон, гипервозбудимость, нарастала О2 зависимость - СРАР, седация. С 14:30 выраженное тахипноэ, диспноэ, западения грудины - ИТ, ИВЛ, седация.</u></p> <p>Лечение на предыдущих этапах лечения <u>пОСРАР, ИВЛ 40% О2, В/в 10% глюкоза + 10% Са глюконат + эларин, уназин, сибазон, ГОМК, фенобарбитал 50мг, бифидумбактерин, парацетамол в свечах.</u></p> <p>Дата, время поступления в ОАИТН <u>05.05.2010 23:45</u> Состояние <u>тяжёлое</u></p> <p>t тела, С <u>36,3</u> ЧСС, bpm <u>136</u> ЧД, bpm <u>ИВЛ</u> АД, mmHg <u>58/28(45)</u></p> <p>SpO2, % <u>100</u> FiO2 <u>0,6</u> Вес при поступлении, г <u>3040</u></p> <p>Сводка патологических симптомов <u>зависимость от О2, ИВЛ, гипервозбудимость, незрелые клонико-тонические судороги, слабый пульс на периферии.</u></p> <p>Объективно <u>Голова правильной ф-мы. БР 1,5х1,5см. Умеренная гипотермия. ОШЖГ - 9 баллов. Кожные покровы розовые, акроцианоз, мягкие ткани пастозны. Седирован ГОМКом Эч назад, клонико-тонические судороги в ответ на раздражители. ИВЛ в режиме АС, Чз ЭТТ 3,5 назотрахеально на 11,5 см, параметры: f - 60; PIP/PEEP - 24/7/14 см водн.ст., tin - 0,4; FiO2 - 0,6. Эскурия в/клетки, слабая, выражена утечка мимо ЭТТ. Аускультативно бронхофония, умеренное ослабление слева, после подтягивания ЭТТ до 11см - проводится симметрично. Тоны сердца приглушены, тенденция к брадикардии. Пульс на периферии сниженного наполнения и напряжения. Снижение диастолического АД. Живот вздут, мягкий, доступен пальпации. Печень и селезенка не увеличены. По желудочному зонду - желудочный сок, створоженное молоко. Стул самостоятельный, меконий. Мочевыделения не было.</u></p> <p><u>НСГ: рисунок борозд и извилин выражен достаточно, грубый 2 стор.ПВО. АСА 22/6/13, Rf-0,73 Rf-1,23.</u></p> <p><u>ЭхоКГ: ООО, дилатация пр.отделов сердца, наполнение и сократимость ЛЖ снижены.</u></p> <p><u>Дрпгмия, ОАП минимальный, визуализируется непостоянно.</u></p> <p><u>УЗИ внутренних органов: визуализируются оба надпочечника, строма определяется.</u></p> <p><u>Расширенный ЖП.</u></p> <p>Диагноз: <u>Тяжёлая асфиксия при рождении. ОРДС, ДН 2-3ст. НК 2а-6 ст. Судорожный с-м.</u></p>	<p><b>План обследования</b></p> <p>Лаб.исследования ОАК Гр.крови, Rh ф-р Глюкоза крови Электролиты плазмы Мочевина плазмы Общ.белок плазмы СРБ Лактат NSE</p> <p>Бак.обследования капа макроты из трахеи крови</p> <p>R, УЗИ R-грамма органов гр.позвони R-грамма органов бр.позвони НСГ, ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости, почек</p> <p><b>План лечения</b></p> <p>1. Респираторная поддержка в режиме: <u>АС</u> коррекция по SpO2, КЩС</p> <table border="1"><tr><td>FiO2 f, bpm (ГЛ)</td><td>PIP/PEEP/MAP, cm H2O</td><td>Ti, s</td><td>TV, ml</td><td>Дельта P, %</td></tr><tr><td><u>0,4</u></td><td><u>60</u></td><td><u>24/7/14</u></td><td><u>0,4</u></td><td></td></tr></table> <p>2. Энтеральные кормления: <u>Не кормить</u> Объём, кратность</p> <p>3. Антибактериальная терапия: <u>Антибиотик, доза, путь, кратность, длительность</u> <u>Уназин по 230 мг в/в х 2р за 30мин</u></p> <p>4. Иннотропная поддержка: <u>Препарат, доза, мл за 24 ч</u> <u>0,5% добутамин 10 мкг/кг*мин: 8,8 мл</u> <u>2% допамин 5 мкг/кг*мин: 1,1 мл</u></p> <p>5. Седативная терапия: <u>Препарат, доза, путь, кратность</u> <u>Бензонал 100 мг х 1 р. per os</u></p> <p>6. Симптоматическая терапия: <u>Препарат, доза, путь, кратность</u> <u>Викасол 0,4 мл х 1 р в/м</u> <u>Атропин 0,1 п/к</u></p> <p>7. Инфузионная терапия с парентеральным питанием: из расчёта: <u>40</u> мл/кг*сут = <u>122</u> мл за вычетом объёма разведения препаратов и энтеральных кормлений: <u>25</u> мл = <u>2,7</u> мл/ч в составе: <u>Инф. т-я с парентер. питанием</u> <u>Глюкоза 15% 25 мл</u> <u>Гепарин 25 Ед</u></p> <p>Врач _____ Волков Д.Г.</p>	FiO2 f, bpm (ГЛ)	PIP/PEEP/MAP, cm H2O	Ti, s	TV, ml	Дельта P, %	<u>0,4</u>	<u>60</u>	<u>24/7/14</u>	<u>0,4</u>	
FiO2 f, bpm (ГЛ)	PIP/PEEP/MAP, cm H2O	Ti, s	TV, ml	Дельта P, %							
<u>0,4</u>	<u>60</u>	<u>24/7/14</u>	<u>0,4</u>								

Страница: 1

## Пошаговое заполнение форм на примере создания протокола постановки и наблюдения за центральным венозным катетером:

### ПРОТОКОЛ ПОСТАНОВКИ ВНУТРИВЕННОГО КАТЕТЕРА

Фамилия Соболев № ИБ 5233

Протокол катетеризации пупочной вены.

С целью обеспечения центрального венозного доступа в ас. условиях через срез пуповины произведена катетеризация НПВ катетером СН 0,5. Осложнений не было.

Ультразвуковой и рентгенологический контроль положения катетера. Катетер фиксирован на глубину 8 см, функционирует в обе стороны. Наружная часть катетера: 2,9 метка 9,5 см. Ас. наклейка.

Дата, время 06.05.2010 0:30:00 Врач \_\_\_\_\_ Волков Д.Г.

### ПРОТОКОЛ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА КАТЕТЕРОМ

Дата																												
Длина снаружи, см																												
Длина внутри, см																												
Функционирует "туда"																												
Функционирует "туда и обратно"																												
Признаки воспаления																												
Отек тканей																												
Выделения																												
Подпись м/с																												

### ПРОТОКОЛ УДАЛЕНИЯ КАТЕТЕРА

После осмотра катетера и места его входа катетер из вены удалён, целостность его не нарушена. Осложнения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

1. Выбор ребёнка из списка (в списке только дети находящиеся в настоящий момент в отделении).
2. Выбор манипуляции (КВПВ – катетеризация в.полой вены, КПупВ – пупочной вены и т.д.).
3. После выбора вида манипуляции шаблон протокола автоматически вставляется в соответствующее окно, где окончательно правится (отмечается вид анестезии, глубина катетера, расстояние до наружных меток, данные R<sup>0</sup> и УЗИ – контроля и т.п.).
4. Выбор врача проводившего катетеризацию.
5. Готовый к печати протокол.

## Сводка и «склеротичка»: ежедневно используемые документы для общебольничной оперативки и передачи смены внутри отделения.

№ п/п	Фамилия	Текущий диагноз	Палата
026-10	Марченко	СПО: ВСШ. Недоношенность. 25нед.	1
032-10	Кушниренко	БЛД тяж.ст.тяжести. ДН 2ст. Недоношенность 27нед.	1
048-10	Гончаренко	БЛД лёгкой ст.тяж. ГИЭ. С-м угнетения ЦНС. Недоношенность 27нед.	2
057-10	Хиленко	РДС. Тяжёлая асфиксия. ВЖК 2ст. Реактивный менингит. Недоношенность 29нед.	2
058-10	Величко-Кравченко	ВЖК 1-2 ст. С-м апноэ. Недоношенность 28нед.	2
059-10	Серикова	Конъюгационная желтуха. Недоношенность 33нед.	1
061-10	Кириченко 1	РДС. НЭК. Недоношенность 31нед.	2
062-10	Кириченко 2	РДС. Недоношенность 31 нед.	2
063-10	Соболев	Тяжёлая асфиксия при рождении. ОРДС. ДН 3ст. НК 2а-б ст. Судорожный с-м.	1

Форма для изменения текущего диагноза

Список лечащихся пациентов отделения анестезиологии и интенсивной терапии новорожденных  
на 8:00 09.05.2010 состоит 9 детей

№ п/п	Фамилия	Направлен	Адрес	Вес при рождении, г	Возраст сутки	День лечения	РСА нед	Текущий диагноз
026-10	Марченко	РДГБ №9 г.Дн-жск	г.Днепродзержинск	790	92	90	38	СПО: ВСШ. Недоношенность. 25нед.
032-10	Кушниренко	ГРД №1	г.Днепропетровск	950	83	82	39	БЛД тяж.ст.тяжести. ДН 2ст. Недоношенность 27нед.
048-10	Гончаренко	ГРД г.Новомосковск	г.Новомосковск	750	41	41	33	БЛД лёгкой ст.тяж. ГИЭ. С-м угнетения ЦНС. Недоношенность 27нед.
057-10	Хиленко	Гинекологическое отд. ГБ №1 г.Никополь	г.Никополь	1550	23	23	32	РДС. Тяжёлая асфиксия. ВЖК 2ст. Реактивный менингит. Недоношенность 29нед.
058-10	Величко-Кравченко	ГРД г.Павлоград	г.Павлоград	1200	20	20	31	ВЖК 1-2 ст. С-м апноэ. Недоношенность 28нед.
059-10	Серикова	ГРД №1	г.Днепропетровск	1860	23	16	36	Конъюгационная желтуха. Недоношенность 33нед.
061-10	Кириченко 1	ГРД №1	Жовтневый р-н	1340	12	12	33	РДС. НЭК. Недоношенность 31нед.
062-10	Кириченко 2	ГРД №1	Жовтневый р-н	1890	12	12	33	РДС. Недоношенность 31 нед.
063-10	Соболев	РДГБ №9 г.Дн-жск	г.Днепродзержинск	2900	5	4	38	Тяжёлая асфиксия при рождении. ОРДС. ДН 3ст. НК 2а-б ст. Судорожный с-м.

Готовая к печати сводка по отделению

04.05.2010

**2я палата**

Фамилия Гончаренко  
Возраст, сут 35 День лечения 35 РСА, нед 32  
Текущий д-з БЛД лёгкой ст.тяж. ГИЭ. С-м угнетения ЦНС. Недонош. 27нед.

*лажи ба  
выровов*

Фамилия Хиленко 5,0  
Возраст, сут 17 День лечения 17 РСА, нед 31  
Текущий д-з РДС. Тяжёлая асфиксия. ВЖК 2ст. Реактивный менингит.  
Судор, ком. с-мы. Недон. 29нед.

*корр. анализ се  
увеличивается*

Фамилия Величко-Кравченко 4,0  
Возраст, сут 14 День лечения 14 РСА, нед 30  
Текущий д-з ВЖК 1-2 ст. С-м апноэ. Недонош. 28нед.

*ОАК + СРР* *LP* *корр. анализ 8-10*  
*лажи ба?* *140 см/м. ср.*

Фамилия Кириченко 1 4,6  
Возраст, сут 6 День лечения 6 РСА, нед 32  
Текущий д-з РДС. Недонош. 31нед. Риск ВУИ.

*НЕЕСТ → МЭТА*  
*в интубации!*

Фамилия Кириченко 2 5,0  
Возраст, сут 6 День лечения 6 РСА, нед 32  
Текущий д-з РДС. Недонош. 31 нед. Риск ВУИ.

Касета!

**1я палата**

Фамилия Марченко  
Возраст, сут 86 День лечения 84 РСА, нед 37  
Текущий д-з СПО: ВСШ. Недонош. 25нед.

Фамилия Кушниренко  
Возраст, сут 76 День лечения 76 РСА, нед 38  
Текущий д-з БЛД тяж.ст.тяжести. ДН 2ст. Недонош. 27нед.

Фамилия Герун 5,0  
Возраст, сут 20 День лечения 20 РСА, нед 36  
Текущий д-з ВЧК, САК, ВЖК. Постгемор. вентрикуломегал. Судор с-м. С-м  
апноэ. Недон. 33нед.

Фамилия Серикова  
Возраст, сут 17 День лечения 10 РСА, нед 35  
Текущий д-з Конъюгац желтуха. Недонош. 33нед.

Фамилия Кашкиров 5,6  
Возраст, сут 9 День лечения 8 РСА, нед 41  
Текущий д-з Тяжёлая асфиксия при рождении. Судорожный синдром.

*с. в. в. - убр. анализ!* *ОТН при  
маскировке.*

Так называемая, «Склеротичка» для передачи смены между врачами отделения.  
В общем, склеротичка - она и есть склеротичка.

# Заполненная форма выписного эпикриза

Выписка

№ п/п 060-10

МКБ-10 P21.0 Краткий диагноз Тяж.асфиксия при рождении

МКБ-10 ВПР для статистики

Текущий диагноз для выписки Тяжелая асфиксия при рождении. Судорожный синдром. Синдром вегето-висцеральных расстройств, двигательных расстройств.

Фамилия Кашкиров

Дата экстубации 29.04.2010

Длительность ИВЛ, всего суток 7

Длительность интубационной поддержки, всего суток 7

Начало энтеральных кормлений, сут жизни 6

Кровь на ФКУ

Динамика состояния С момента поступления тяжелое за счет дыхательных, гемодинамических, неврологических расстройств на фоне интранатальной гипоксии. Параметры вентилиации с поступления "щадящие", кислородозависимы. В течение пяти дней положительная респираторная динамика, ребенок переведен на самостоятельное дыхание, в течение суток необходимость в СРАР, затем в течение 3 суток кислородозависимость. После начала ингаляционной терапии, ребенок с 03.05 в кислородотерапии не нуждается. На момент перевода состояние ребенка стабильное, дыхание самостоятельное. Кормится полным объемом, удерживает. Сохраняется сниженной двигательной-эмоциональной реакцией. Не лихорадит. В области промежности проявления паренхиматозной опухоли.

Лечение

Медикаментозное лечение

Уназин 8 дней

Сульперазон 3 дня

Атропин

Викасол

Лазикс

Церукал

Эуфиллин

Ингаляции с вентолином и пульмикортом.

Фототерапия

Наркотические, психотропные препараты

Фентанил 0,005% 1 день

Бензонал 300 мг суммарно

Масса тела при выписке, г 3605

Энтеральные кормления Ч/з Sond drobno

Смесь Смесь Нутрилон 1 "Гипоаллергенный"

Объем и кратность кормлений 45 мл, 8р

Лечение в день выписки

Сульперазон (4) день по 185 мг х 3р в/в в 12;20;4

Эуфиллин 2% по 0,5 мл х 2р в/в

Церукал по 0,07 мл х 3р в/в в 12;20;4

Ингаляции с вентолином и пульмикортом в 12;18;24;6

Парентеральное питание: 10% глюкоза 100 мл + 10% аминокислоты

Вен.доступ при выписке Периферический венозный катетер

Дата постановки 04.05.2010

Дата перевода/выписки 05.05.2010

Переводится/выписывается ДГКБ №3 ОПН

Рекомендации Продолжить базовую и антибактериальную терапию.

Стат.талон

Врач Капустина О.Г.

Просмотр выписки

Поле «Текущий диагноз для выписки» заполняется автоматически из СВОДКИ.

Данные в поле «Динамика состояния» как шаблон можно вручную скопировать из выписки предыдущего ребёнка со сходным течением болезни.

Кнопки для перехода между записями разных пациентов.

Кнопки для вызова соответствующих форм.

История болезни: Каширов

Медицинская документация: ММЗ Украины

СТАТИСТИЧНА КАРТА ХВОРОГО ЯКИЙ ВИБУВ В СТАЦІОНАРІ № 4781

1. Дата госпитализации: 25.04.10

2. Приёмник, (и/в по фамилии): Кашкиров

3. Стан: чел.-1, жи.-2

4. Дата рождения: 24.04.10

5. Житель места, смт-1, села-2, города-3

6. Проживает по адресу: г. Млини, ул. Луцкая 22

7. Кому направлен (исключая выписку): ГРД г.Млини

8. Диагноз при направлении: Тяжелая асфиксия при рождении, судорожный синдром

9. Вид болезни (классификация): ОАМН в периоде новорожденности

10. Причина болезни: Неонат.

11. Госпитализация: 1

12. Странный госпитализации (до 6 недель -1; 7-24 нед. -2; свыше 24 нед. -3)

13. Госпитализация с целью данного заболевания в течение жизни

14. Результаты анализов: аспергиллез -1, герпес -1, токсоплазмоз -3, цитомегаловирус -3, Б.без названия -4, пневмония -5, перенесенный(е) в анамнезе менингит(ы) -6, паренхиматозная опухоль -7, эпилепсия -8

15. Дата выписки, смерти: 05.05.10

16. Причина смерти: 10

17а	Основной	Усложнения	Судебн. заключение	Код основного диагноза
17б	Тяжелая асфиксия при рождении.	Судорожный синдром. Синдром вегето-висцеральных расстройств. Двигательных расстройств.		P21.0

17. Длительность стационара: 10

18. В анамнезе смерти (без учета текущего):

19. Хирургические операции:

20. Обоснован на RW " " 200 г. р. на РУ " " 200 г. р.

21. В анамнезе выписки -1; участие в жизни -2; повторный анализ отчета от ЧАЭС -3

Підпис лікаря

# Формы для ввода доп. методов обследования и консультаций специалистов

Дополнительные методы обследования

№ п/п 001-10

Бак посевы    УЗИ    Рентген, АКТ

**ОАК**

Дата, время	Hb, г/л	Ht, %	Эритр., Г/л	Тромб, Т/л	Лейк, Т/л	Б, %	Э, %	Миел, %	Ю, %	П, %	С, %	Л, %	М, %	Токс. зерн, %	Нормобласты	Ретикулоциты, %	СОЗ, мм
18.11.2009	177	49	4,35	76	10,8					4	57	31	8		6:1000		3
20.11.2009	183	48	4,5	41	3,7		1				40	46	13		5:1000		
22.11.2009	175	49	4,2	41	3,5				1	4	60	28	7				2

Запись: 14 из 13

**ОАМ**

Дата, время	Цвет	Прозрачность	Уд. вес	pH	Белок, г/л	Глюкоза, ммоль	Эпителий, в п/зр	Лейкоциты, в п/зр	Эритроциты, в п/зр	Цилиндры, в п/зр	Слизь	Соли
21.11.2009	желт	прозр		6	сл.		густо все п/зр.	4-6	1-3			
30.11.2009	с/желт	прозр		6,0	0,066	0,5%	10-12	7-8	1-3			
25.01.2010	с/желт	умер.		6,0	0,099		5-8	10-20	ед. лл 40	2-4		

Запись: 14 из 4

**Ликвор**

Дата, время	Цвет	Прозрачность	Глюкоза, ммоль/л	Белок, г/л	Р. ция	Панди	Цитоз, в 1мкл	Нейтрофилы, %	Лимфоциты, %	Фибр. плёнка	Окраска по Граму

Запись: 14 из 1

**Биохимия**

Мочев. пл, мкмоль/л	Мочев. мочи, мкмоль/л	Азот мочев, мкмоль/л	Креат. пл, мкмоль/л	Креат. мочи, мкмоль/л	К, ммоль/л	Na, ммоль/л	Cl, ммоль/л	Fe, ммоль/л	Ca общ, ммоль/л
13,8					4,88	137	103		3,2
					3,8	140	111		3,1
					4,5	138	110		3,0
					4,2	146,3	118,8		3,5
					4,6	138,2	110		3,3
					5,5	138,3	108		

Запись: 14 из 11

**Коагулограмма**

Дата, время	АЧТВ, сек	ПВ, сек	ПИ	Фибриноген

Запись: 14 из 1

**Гормональный профиль**

Дата, время	17 КС, нг/мл (N 0,7-2,5)	Кортизол, нмоль/л (N 55-304)	ТТГ, Ед/л (N 1,36-11)	Свободный Т4, ммоль/л (N 13,9-32,7)

Запись: 14 из 1

Запись: 14 из 63

Рентген

№ п/п 023-10

Дата, время

Описание R  
03.02.10 Легочные поля прозрачны, сосудистый рисунок не изменен. Сердце - норма. Со стороны органов брюшной полости патологии не выявлено.

Описание АКГ  
08.02.10 Прозрачность легочных полей умеренно снижена. Сосудистый рисунок усилен, корни

ЭЭД, мЗв 0,24

Запись: 21 из 35

При наличии цифровых рентген - и УЗ – снимков возможно сохранение и вывод их для просмотра из соответствующих форм.

Консультация специалистов

№ п/п 023-10

Невролог: 06.04.10 Неонатальная энцефалопатия, синдром двигательных расстройств, синдром вегето-висцеральных расстройств. Наблюдение невролога по месту жительства.

Хирург: Хирургической патологии не выявлено.

Офтальмолог: Глаза спокойные. Среды прозрачны. Гл. дно с сероватым оттенком, края четкие, умеренно извиты сосуды. Патологии гл дна не обнаружено.

ЛОР:

Эндокринолог:

Генетик:

Ортопед-травматолог:

Инфекционист: Иммунолог: мед. отвод от всех вакцинаций до 6 мес. По достижению возраста 6 мес. - конс. Обл. пульмонолога, иммунолога.

Дерматовенеролог:

Нейрохирург:

Пульмонолог:

Запись: 1 из 19

УЗИ

№ п/п 028-10

Дата 02.02.2010

НСГ: Рисунок борозд и извилин выражен недостаточно. Структуры симметричны. Открыта ППП, полость Верге. 3 жел. 4,9 мм. АСА 29/4, RI - 0,86.

ЭхоКГ: Полости не увеличены. Сердце сформировано правильно. Данных за ОАП и КоАо нет. Скорости кровотока в норме. Сократительная ф-я удовлетворительная. Эндо- и перикард без особенностей.

УЗИ внутренних органов: Органы брюшной полости и забрюшинного пространства - без патологии.

Запись: 28 из 45



# Готовый для печати выписной эпикриз

Для выписки

## КЗ Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня

Відділення анестезіології та інтенсивної терапії для новонароджених

49100, м. Дніпропетровськ  
вул. Кошман, 13. Тел.: 785 97 41

### ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 15211

Фамилия Маликов Пол (м-1, д-2) 1  
 Дата, время рождения 28.12.2009 16:00 Место рождения ГРД, Суржонцидзе  
 Дата, время поступления в ОАИТН 29.12.2009 17:00 Направлен ГРД, Суржонцидзе  
 Диагноз Воспалення легень, РДСВ, ДН 3 ст., неонатальна энцефалопатія, неонатальна шейная травма

Сведения о матери: Маликова Алена Викторовна  
 Место работы, должность матери б/х  
 Домашний адрес с. Никополь, ул. Усова 13/3  
 Данные исследования на ВИЧ тест 28.12.09 отриц RW не ободет Hbs Ag не ободет  
 Состояние здоровья матери на учете не состоит  
 Предыдущие беременности 2, 2 детей здоровы, роды КС, 2 рубца на матке.  
 Настоящая беременность 3 Течение 3 на учете не состоит, осложнена перенесла ОРВИ за 1 неделю до родов и в родах.

Характер и продолжительность родов 3, срочные, Кесарево сечение в родах в связи с 2 рубцами на матке. Кесарево сечение

Сведения о ребёнке: Вес при рождении, г 3780 Гестационный возраст, нед 37

Состояние при рождении в тяжёлом ОЦА б/г/б/г

Мероприятия в роддоме Санкции ВДП (меконий), ИВЛ Пневмоком и маской 100% O2.

Динамика состояния Нарастающая дыхательная недостаточность - переведен на монотрахеальную СРАР, в 17:00 на предыхательный режим септирован, заныт в инкубатор и переведен на ИВЛ "Матрикс", 100% O2, в динамике улучшения

Лечение на предыхательном режиме ИВЛ, в/в сульфазон, ГОМК, цефтриаксон+ванкомицин

Вакцинация в роддоме не проводилась

Состояние при поступлении в ОАИТН в тяжёлом

Сводка анамнеза Зависим от 100% O2, жесткие режими вентилляции, тол апнал, крепитация, меконий в ЗТТ, сгустков с-ов м/деззащиты анги.

Диагноз при поступлении Воспалення легень, с-м меконіальної аспірації, ДН 3 ст., неонатальна энцефалопатія, в тяжёлом ст. епені.

Длительность ИВЛ, сут б Экзотубация 03.01.2010 nIMV / nCPAP, дней 3

Инотропная поддержка, сут б Начало энтеральных кормлений, сут жизни б

Динамика С момента в пост. влечения выразилась зависимость от "жестких" параметров вентилляции, состояние кардиопульсовой поддержки, гемодинамики, коррекции ивм абсолютных величин ройов в. Получают седативную терапию. С ф-х суточ. показателей вентилляции и динамики, начал зныт вент. коррикти в о.п. На протяжении всего периода отмечаются гипоксодозависимость, небольшие вил женья в рудины. С 7.01.10 начал получать инвазивную терапию. Периодически отменяет от в актинов до 75 в мин., в покое в актинов нег. Сохраняется сильная кислородозависимость. На момент перевода состояние от абильное, не нуждается в респираторной поддержке, кислороде, получении инваляции. Корриктия полным объемом через зонд, удерживает вент.

Лечение  Фототерапия  Наркотики не/Тошкот ролные пом-и  
 Медикаментозное лечение На окубитатис 20%, Сульфазон 0,5%  
 Указан 5 дней, Нитроглицерин 5 дней, Сульфазон 13 дней, Флюкназол 13 дней, Викасол, Эуфиллин, Лазикс, Церукал, Глюк 3 дня, Парентеральное питание

Масса при выписке, г 4018 Энтеральные кормления Цикло дробно

Смесь Смесь Нутрилон 1 "Типоалтервенный" Объем и кратность кормлений 80мл x 8р

Вен. доступ при выписке  Дата постановки

Дата перевода в педиатрию 18.01.2010 Переводится в педиатрию Д/КБ №3 ОПН

Рекомендации Продолжить в базовую терапию. По от делению не конст. ант. вен.

Врач Калютина О.Г. Зав. ОАИТН  Сурков Д.Н.

Для выписки Данные доп. обследований : отчет

### Данные дополнительных методов обследования

Ребенок Маликов

№ КБ 38217 Группа крови A(II) Rh ф-р pos Пров на ФКУ

#### ОАК:

Дата	№	г/л	%	Эритроц.	г/л	Тромб.	Т/л	Лейк.Т/л	Б.	%	Мног.	%	Ю.	%	С.	%	Д.	%	М.	%	Норма	Базовы	СОЭ, мм/ч	
28.12.2009	153	41	3,7	260	16,6						4	18	50	21	6									
02.01.2010	160	42	4,0	213	16,6						4	2	14	60	14	6								
07.01.2010	158	45	4,3	379	19,5				1		1	4	48	34	12									
11.01.2010	155	45	4,2	371	13						1	4	40	45	9									
16.01.2010	154	47	4,6	412	19,4				3				3	14	67	13								

#### Биохимия:

Дата	Общ.белок, г/л	Общий белок в прямой	В непрямой	АлТ	АсТ	Мочевина	Креатинин	К	Na	Свобод СРР	Лактат	МБЕ
28.12.2010	35					6,8	3,08	151	2,7	52		
02.01.2010						2,8		4,1	141	3,4	28	
09.01.2010						3,2					12	
12.01.2010											6	
16.01.2010								5,2	136		6	

#### ОАМ:

Дата	Цвет	Прозрачность	Удельн. рН	Белок	Глюкоза	Мног.	Слизистый	в п/р	Лейкоц.	в п/р	Эритроц.	в п/р	Шкала	в п/р	Сем.	Сам.
01.01.2010	желт	дур	6	отр.		1-2		2-4		0-3						
12.01.2010	светл	дур	6			0-1		2-4		0-2						

#### Линвор:

Дата	Цвет	Прозрачность	Гемок.	Мног.	Белок	Рак	Лид	Цит	в п/р	Нейтрофилы, %	Лимфоциты, %	Фибриноген	Скорость ос. Тром.
04.01.2010	отр	прогр	3,9	0,099		*	19			100			

#### Описание рентгенограмм, АКТ:

Дата	Рентгенограмма	АКТ	ЭЭГ, мВ
31.12.2009	Проанализированы легкие: не выявлено выраженных изменений, в легких и плевральных синусах патологических изменений не выявлено.		0,04

узелки коронарные, сердце в пределах нормы. Со стороны лег. бронх. полостипатологии выявлено.

#### УЗИ:

Дата	НСГ	УЗИГ	УЗИ внутренних органов
08.01.2010	Спинальные позвонки в норме не выявлено. Патологии сердца не выявлено. Селезенка, почки, печень, желчный пузырь, поджелудочная железа в пределах возрастной нормы. Увеличена до 0,3 см. Остатки паренхимы селезенки, печени, поджелудочной железы в пределах возрастной нормы. Печень, селезенка, поджелудочная железа, почки в пределах возрастной нормы.		

# В ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Я, как и многие другие врачи, которые, мягко говоря, не в восторге от существующих объёмов и количества бумажной медицинской документации на протяжении всей «эры компьютеризации» медицины пытался либо заказать многочисленным программистам программу «под себя», либо освоить уже имеющиеся универсальные варианты электронных историй болезни. В результате я пришёл к выводу о том, что созданные не врачом варианты настолько далеки от первоначальных требований, что их окончательная доработка сравнима, как в старом анекдоте, «с обработкой напильником паровоза для получения самолёта», а основной недостаток унифицированных программ медицинской документации именно в их универсальности. То есть, с их помощью Вы можете *приспособится* вести стационарный журнал и создавать какие-то общие отчёты далеко не в нужном для Вас виде.
- Повторюсь о том, что «наполнение» представленной выше программы зависит от требований и специфики каждого конкретного отделения. При составлении списка необходимых Вам полей данных следует учесть, что информация хранится в виде таблиц, где каждое заполненное в форме поле является отдельным столбцом таблицы и по любому из них можно проводить выборку и анализ.
- Любые Ваши идеи и пожелания будут учтены и, по возможности, реализованы.

Благодарю за внимание,

Волков Денис,  
врач с большим опытом  
заполнения медицинской документации  
и составления различных отчётов.

Пишите мне на e-mail: [denvolk@ukr.net](mailto:denvolk@ukr.net)