**Субъективное обследование**

1. **Заполнение истории болезни (титульный лист, паспортные данные)**
2. **Субъективные данные по потребностям**

**ДЫШАТЬ**

***Одышка***: нет \_\_\_\_, да \_\_\_\_ (указать причины возникновения, продолжительность, чем купируется или как проходит \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

***Кашель:*** нет \_\_\_\_, да \_\_\_\_ (указать, когда возникает, характер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

***Мокрота***: нет \_\_\_\_, да \_\_\_\_ (указать цвет и количество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

***Боль в грудной клетке***: нет \_\_\_, да \_\_\_(указать локализацию, интенсивность и характер боли \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

**ЕСТЬ, ПИТЬ**

***Жажда:*** нет \_\_\_, да \_\_\_ (указать, количество выпиваемой жидкости \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

***Сухость во рту:*** нет \_\_\_, да \_\_\_

***Аппетит:*** сохранен \_\_\_\_\_, повышен \_\_\_\_\_, понижен \_\_\_\_, отсутствует \_\_\_\_\_\_\_, извращенный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

***Диспепсия:*** изжога \_\_\_\_, отрыжка \_\_\_\_\_\_, тошнота \_\_\_\_\_\_\_(указать, с чем связана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

***Рвота:*** нет \_\_\_, да \_\_\_ (указать, с чем связана, приносит ли облегчение\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

***Боли:*** нет \_\_\_, да \_\_\_ (указать локализацию, интенсивность и характер боли \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

**ВЫДЕЛЯТЬ**

***Стул:*** норма \_\_\_, запор \_\_\_\_, понос \_\_\_\_, недержание кала \_\_\_\_, колостома \_\_\_\_\_\_\_(указать частоту и характер стула \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

***Вздутие живота (метеоризм):*** да \_\_\_, нет \_\_\_(указать, с чем связано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

***Мочеиспускание:*** нормальное \_\_\_\_, болезненное \_\_\_\_, затруднено \_\_\_\_, недержание \_\_\_\_, неудержание \_\_\_\_, отсутствие \_\_\_\_\_, цистостома \_\_\_\_\_(указать частоту и распределение мочеиспусканий в течение суток \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

***Отеки:*** нет \_\_\_, да \_\_\_ (указать локализацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

**СПАТЬ, ОТДЫХАТЬ**

***Сон:*** не нарушен \_\_\_\_\_, прерывистый \_\_\_\_\_, быстрое пробуждение \_\_\_\_, засыпание под утро \_\_\_\_\_, бессонница \_\_\_\_\_(указать, с чем связано нарушение сна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

***БЫТЬ ЧИСТЫМ***

***Зуд:*** нет \_\_\_, да \_\_\_ (указать локализацию и возможную причину \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

***Жжение:*** нет \_\_\_, да \_\_\_ (указать локализацию и возможную причину \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

**ПОДДЕРЖИВАТЬ ТЕМПЕРАТУРУ**

***Озноб:*** нет \_\_\_, да \_\_\_

***Чувство жара:*** нет \_\_\_, да \_\_\_

***Ломота в теле:*** нет \_\_\_, да \_\_\_

**ОДЕВАТЬСЯ И РАЗДЕВАТЬСЯ**

***Боль при раздевании, одевании:*** нет \_\_\_, да \_\_\_ (указать локализацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

**ИЗБЕГАТЬ ОПАСНОСТИ**

**Факторы риска**

***Аллергия:*** нет \_\_\_, да \_\_\_ (указать на что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, как проявляется \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

***Наследственная предрасположенность:*** нет \_\_\_, да \_\_\_ (указать хронические заболевания ближайших родственников и причины смерти в семье \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

***Курение:*** нет \_\_\_, да \_\_\_ (указать стаж курения, количество сигарет, выкуриваемое пациентом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

***Алкоголь:*** нет \_\_\_, да \_\_\_ (указать предпочитаемые напитки, количество выпиваемого спиртного и кратность приемов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

***Наркотики:*** нет \_\_\_, да \_\_\_ (указать какие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

***Гиподинамия:*** нет \_\_\_, да \_\_\_ (указать, с чем связана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

***Избыточная масса тела \_\_\_\_\_, дефицит массы тела \_\_\_\_\_.***

***Погрешности в диете:*** нет \_\_\_, да \_\_\_ (указать, какая диета предписана, какие погрешности и как часто наблюдаются \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

***Частые стрессовые ситуации:*** в семье \_\_\_\_\_, на работе \_\_\_\_\_.

***Профессиональные вредности:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(какие, н-р: вибрация, шум, работа с вредными веществами, работа в холодных или горячих цехах, излучение).

***Переохлаждение:*** нет \_\_\_, да \_\_\_

***Выходные дни:*** нет \_\_\_, да \_\_\_

***Отношение к болезни:*** адаптирован \_\_\_\_, игнорирование \_\_\_\_\_, недооценка тяжести состояния \_\_\_\_\_\_, погружение и уход в болезнь \_\_\_\_\_\_\_.

**ДВИГАТЬСЯ**

***Боли при движении:*** нет \_\_\_, да \_\_\_ (указать локализацию, интенсивность, характер боли \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

***Отсутствие движений:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать локализацию).

**ПОДДЕРЖИВАТЬ СОСТОЯНИЕ, БЫТЬ ЗДОРОВЫМ**

***Дефицит самоухода:*** нет \_\_\_, да \_\_\_, частично \_\_\_.

***Способность самостоятельно:*** питаться \_\_\_\_, умываться \_\_\_\_, пользоваться туалетом \_\_\_, двигаться \_\_\_\_, переодеваться \_\_\_\_, вести домашнее хозяйство \_\_\_\_, готовить пищу \_\_\_\_, общаться \_\_\_\_\_, делать инъекции \_\_\_\_\_ (при необходимости проводить инъекции постоянно, н-р инсулин).

**ОБЩАТЬСЯ**

***Поддержка семьи:*** нет \_\_\_, да \_\_\_

***Поддержка вне семьи:*** нет \_\_\_, да \_\_\_

**ИМЕТЬ ЖИЗНЕННЫЕ ЦЕННОСТИ**

***Здоровье:*** нет \_\_\_, да \_\_\_

***Семья:*** нет \_\_\_, да \_\_\_

***Работа:*** нет \_\_\_, да \_\_\_

***Религиозность:*** нет \_\_\_, да \_\_\_

**ИГРАТЬ, УЧИТЬСЯ, РАБОТАТЬ**

***Трудоспособность:*** нет \_\_\_, да \_\_\_

***Увлечения:*** нет \_\_\_, да \_\_\_ (перечислить все имеющиеся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

**Перечислить нарушенные потребности**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_