

ОСМОТР ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Дата: _____ Время: _____

Жалобы: _____

Терапевтический анамнез: _____

Объективно: Состояние удовлетворительное, средней ст. тяжести, тяжелое.

Сознание: _____ Цианоз: _____ Слизистые: _____

Питание: умеренное, повышенное, пониженное.

Периф. л/узлы не увеличены _____

Грудная клетка: _____

Перкуторно над легкими: _____ звук, укорочение: _____

Дыхание: везикулярное, жесткое, ослабленное _____

Хрипы: _____

Перкуторно границы сердца не расширены, расширены _____

Тоны сердца: звучные, ритм правильный, ЧСС _____ в 1 мин., ЧДД _____ в 1 мин.,

SpO₂ _____ % t тела _____ С, АД _____ / _____,

Язык: влажный, сухой _____

Живот мягкий, безболезненный, болезненный _____

Печень _____ от края, по краю реберной дуги _____

Почки: с-м поколачивания отрицательный, положительный _____

Периферические отеки: _____

Диурез: _____

На основании жалоб, анамнеза, данных осмотра и обследования _____

ДИАГНОЗ: _____

Обследование: _____

Лечение: _____