ГБУЗ ПК ГКБ им.С.Н.Гринберга,   
отделение медицинской реабилитации

***Пропуск для осуществления ухода за пациентом***

**ФИО пациента:** {{ ФИО\_пациента }} **Номер палаты:** {{ палата }}

**Дата рождения:** {{ дата\_рождения }} // {{ возраст }}

**ФИО посетителя(ей):**

**Данные документа удостоверяющего личность:**

На период с **{{ дата\_поступления }}**г. по **{{ дата\_выписки }}**г.

Лечащий врач ٧ /{{ ФИО\_врача }}/

Подпись расшифровка подписи

***Журнал артериального давления (АД) и пульса***

**ФИО:** {{ ФИО\_пациента }}

**Дата рождения:** {{ дата\_рождения }} // {{ возраст }}

**Целевые значения АД:** 120-130/80-85 мм.рт.ст.

**Целевые значения пульса:** 55-74/мин.

Измерение АД и пульса следует производить утром и вечером после 20 минут покоя, полученные данные записывать.

**Предоставлять дневник терапевту/кардиологу на приеме.**

При развитии отеков, одышки, подъемах АД более 140/90 мм.рт.ст. чаще чем 2 раза в неделю — консультация терапевта/кардиолога и коррекция терапии в максимально короткие сроки.

В случае подъема АД более чем 160/....мм.рт.ст — прием Каптоприл 25 мг под язык. Оценка эффективности через 30 минут. При неэффективности — вызов БСМП.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Время суток** | **Систолическое АД / Диастолическое АД** | **Пульс** | **Комментарии**  Кратко опишите Ваше самочувствие |
|  | Утро | **/** |  |  |
| Вечер | **/** |  |  |
|  | Утро | **/** |  |  |
| Вечер | **/** |  |  |
|  | Утро | **/** |  |  |
| Вечер | **/** |  |  |
|  | Утро | **/** |  |  |
| Вечер | **/** |  |  |
|  | Утро | **/** |  |  |
| Вечер | **/** |  |  |
|  | Утро | **/** |  |  |
| Вечер | **/** |  |  |
|  | Утро | **/** |  |  |
| Вечер | **/** |  |  |
|  | Утро | **/** |  |  |
| Вечер | **/** |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Время суток** | **Систолическое АД / Диастолическое АД** | **Пульс** | **Комментарии**  Кратко опишите Ваше самочувствие |
|  | Утро | **/** |  |  |
| Вечер | **/** |  |  |
|  | Утро | **/** |  |  |
| Вечер | **/** |  |  |
|  | Утро | **/** |  |  |
| Вечер | **/** |  |  |
|  | Утро | **/** |  |  |
| Вечер | **/** |  |  |
|  | Утро | **/** |  |  |
| Вечер | **/** |  |  |
|  | Утро | **/** |  |  |
| Вечер | **/** |  |  |
|  | Утро | **/** |  |  |
| Вечер | **/** |  |  |
|  | Утро | **/** |  |  |
| Вечер | **/** |  |  |
|  | Утро | **/** |  |  |
| Вечер | **/** |  |  |
|  | Утро | **/** |  |  |
| Вечер | **/** |  |  |

**Целевые значения АД:** 120-130/80-85 мм.рт.ст.

**Целевые значения пульса:** 55-74/мин.

Измерение АД и пульса следует производить утром и вечером после 20 минут покоя, полученные данные записывать.

**Предоставлять дневник терапевту/кардиологу на приеме.**

При развитии отеков, одышки, подъемах АД более 140/90 мм.рт.ст. чаще чем 2 раза в неделю — консультация терапевта/кардиолога и коррекция терапии в максимально короткие сроки. В случае подъема АД более чем 160/....мм.рт.ст — прием Каптоприл 25 мг под язык. Оценка эффективности через 30 минут. При неэффективности — вызов БСМП.Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края

**«Городская Клиническая Больница имени Симхи Нафтолиевича Гринберга»**

**Отделение медицинской реабилитации**

г.Пермь, Индекс 614034, ул.Генерала Панфилова, 20

тел. (342) 251-80-41

СПРАВКА

для предъявления по месту требования.

Дана пациенту ({{ ФИО\_пациента }}, {{ дата\_рождения }}г.р.), проживающему по адресу: {{ адрес }}, подтверждает то, что он находится на стационарном лечении в отделении медицинской реабилитации ГБУЗ ПК ГКБ им.С.Н.Гринберга с {{ дата\_поступления }} по настоящее время.

Дата выдачи справки: {{ Сегодня }}

Лечащий врач: {{ ФИО\_врача }}

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края

**«Городская Клиническая Больница имени Симхи Нафтолиевича Гринберга»**

**Отделение медицинской реабилитации**

г.Пермь, Индекс 614034, ул.Генерала Панфилова, 20

тел. (342) 251-80-41

СПРАВКА

для предъявления по месту требования.

Дана пациенту ({{ ФИО\_пациента }}, {{ дата\_рождения }}г.р.), проживающему по адресу: {{ адрес }}, подтверждает то, что он находился на стационарном лечении в отделении медицинской реабилитации ГБУЗ ПК ГКБ им.С.Н.Гринберга с {{ дата\_поступления }} по {{ дата\_выписки }}.

Дата выдачи справки: {{ дата\_выписки }}

Лечащий врач: {{ ФИО\_врача }}