

Код пацієнта БНО 001Стать жВік 22рМісто Київ

Інформація про обстеження			
Пацієнт:	<input checked="" type="checkbox"/> вперше	<input type="checkbox"/> повторно	
Запис звуків:	<input type="checkbox"/> серця	<input checked="" type="checkbox"/> легень	
Мета обстеження:	<input type="checkbox"/> серцево-судинні захворювання	<input checked="" type="checkbox"/> інші захворювання	<input type="checkbox"/> професійний огляд
Місце обстеження:	<input type="checkbox"/> поліклініка	<input checked="" type="checkbox"/> стаціонар	<input type="checkbox"/> інше _____

Інформація про пацієнта							
Рід занять:	<input type="checkbox"/> держ-службовець	<input type="checkbox"/> військовий	<input type="checkbox"/> підприємець	<input type="checkbox"/> пенсіонер	<input type="checkbox"/> студент	<input type="checkbox"/> декрет	<input checked="" type="checkbox"/> інше <u>медсестра</u>
Спосіб життя:	<input checked="" type="checkbox"/> активний	<input type="checkbox"/> малорухомий	<input type="checkbox"/> інше _____				
Шкідливі звички:	<input type="checkbox"/> паління	<input type="checkbox"/> вживання алкоголю	<input checked="" type="checkbox"/> інше <u>запорожч</u>				

Історія пацієнта
Додаткова інформація про особу пацієнта: <u>Якщо перенесена ГРВІ з'явився сильний кашель, жар</u>
У чому була особливість використання Стетофону для цього пацієнта? Чи допоміг Стетофон обстежити цього пацієнта краще (швидше, зручніше, знайти важливі симптоми, тощо)? <u>Вислухала легені, хочко було чути фокальні дихальні болівні зміни</u>

Якою була реакція пацієнта від досвіду роботи зі Стетофоном?	
<input checked="" type="checkbox"/> Приємно вражений можливістю сучасних технологій	<input type="checkbox"/> Висловив байдуже ставлення до Стетофону
<input checked="" type="checkbox"/> Зацікавився додатковою інформацією про Стетофон	<input type="checkbox"/> Висловив недовіру до якості записаного Стетофоном звуку
<input type="checkbox"/> Висловив намір використовувати Стетофон надалі самостійно	<input type="checkbox"/> Незадоволений якістю та (або) можливостями Стетофону, а саме: _____
<input type="checkbox"/> інше _____	

Звіт аналізу звуків грудної клітини пацієнта

Код пацієнта БН0001 Стать ж Вік 22 Місто Київ
 Точки запису: №7 (ліва нахвоста грудна стінка)
 Рекомендація: _____

Детальний звіт:

№	Розділ звіту	Результати аналізу звуків грудної клітини пацієнта	Примітки
1	Якість та інформативність записів	Інформативність записів ... <input checked="" type="checkbox"/> добра <input type="checkbox"/> знижена <input type="checkbox"/> незадовільна	Добра: ми впевнені в повноті аналізу. Знижена: ми не впевнені, що можемо знайти всі симптоми. Незадовільна: аналіз неможливий.
2	Оцінка ритму серця	Тони ... <input type="checkbox"/> ритмічні <input type="checkbox"/> аритмічні	Необхідно документувати, в якому записі виявлена аномалія, якщо вона не присутня у всіх записах (наприклад, у записі на верхівці серця)
3	Оцінка частоти серцевих скорочень	Частота серцевих скорочень <input type="checkbox"/> нормальна <input type="checkbox"/> тахікардія (ЧСС > 90 на хв) <input type="checkbox"/> брадикардія (ЧСС < 60 на хв)	ЧСС: рахувати кількість серцевих комплексів в записі (20 секунд), помножити на 3.
4	Наявність додаткових тонів	Додаткові тони ... <input type="checkbox"/> не виявлені <input type="checkbox"/> виявлені Якщо виявлені (можливий вибір): <input type="checkbox"/> третій тон <input type="checkbox"/> четвертий тон <input type="checkbox"/> ранньосистолічний тон (можливо вигнання) <input type="checkbox"/> середньосистолічний тон <input type="checkbox"/> середньосистолічні тони <input type="checkbox"/> ранньодіастолічний високочастотний тон	Необхідно документувати, в якому записі виявлена аномалія, якщо вона не присутня у всіх записах (наприклад, у записі на верхівці серця).
5	Наявність шумів	Шум ... <input type="checkbox"/> виявлений <input type="checkbox"/> не виявлений Якщо виявлений систолічний: <input type="checkbox"/> пансистолічний <input type="checkbox"/> кінцевосистолічний <input type="checkbox"/> шум вигнання <input type="checkbox"/> шум тертя перикарду <input type="checkbox"/> невизначеного типу (систолічний шум) Якщо виявлений діастолічний: <input type="checkbox"/> ранньодіастолічний високочастотний <input type="checkbox"/> ранньодіастолічний низькочастотний <input type="checkbox"/> середньодіастолічний низькочастотний <input type="checkbox"/> кінцеводіастолічний низькочастотний <input type="checkbox"/> невизначеного типу	Необхідно документувати, в якому записі виявлена аномалія, якщо вона не присутня у всіх записах (наприклад, у записі на верхівці серця). Кожен шум має бути описаний.
6	Оцінка дихальних звуків	Зафіксоване дихання ... додаткових дихальних шумів ... <input type="checkbox"/> везикулярне • послаблене • підсилене • відсутнє <input checked="" type="checkbox"/> бронхіальне у якій ділянці <u>ліва нахвоста грудна стінка</u> Додаткові дихальні шуми: <input checked="" type="checkbox"/> не зафіксовано <input type="checkbox"/> зафіксовано • хрипи • крепітація • шум тертя плеври • стридор у якій ділянці _____	
7	Висновок	Патологічних змін звуку серця та легень... <input type="checkbox"/> не зафіксовано <input checked="" type="checkbox"/> зафіксовані патологічні зміни <u>зменшена кількість дихальних звуків</u>	