

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. Клиника травматологии, ортопедии и патологии суставов  
**ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР**

**СОВМЕСТНО С ЗАВЕДУЮЩИМ ОТДЕЛЕНИЕМ**

| Канал поступления, Ф.И.О., год рождения | № И.Б. | Осмотрен(-а)             |
|---|--------|--------------------------|
| <u>ПМУ</u>                              | 30577  | 16.06.2014               |
| -----                                   |        | Время 14.30              |
| 1991 г.р.                               |        | Госпитализация: Плановая |

**Жалобы:**

на боли в области левого тазобедренного сустава, усиливающиеся при физической нагрузке, утреннюю скованность, дефицит разгибания, хромоту

**Anamnesis morbi:**

Со слов в декабре 2011 года упал, получил закрытый перелом шейки бедренной кости. По месту получения травмы (г. Марыйский велоят, г. Кушка) 27.11.2011 выполнена операция - остеосинтез двумя винтами. Перелом сросся, но развился остеонекроз головки бедренной кости. Стали прогрессировать боли, ограничение амплитуды движений. Лечился консервативно с переменным успехом. Внутрисуставные инъекции не выполнялись. Реконструктивных операций не было. В последние 2 месяца боли резко и значительно усилились, в связи с чем рекомендовано эндопротезирование тазобедренного сустава. В настоящее время госпитализирован в УКБ №1 в плановом порядке для оперативного лечения - эндопротезирования правого тазобедренного сустава.

**Anamnesis vitae:**

Курит пачку в 2 дня. Употребление наркотических препаратов отрицает.

**Перенесенные и сопутствующие заболевания:**

Нет

**Перенесенные хирургические вмешательства, не связанные с основным диагнозом:**

нет

**Аллергические реакции:** нет

**Наследственность** не отягощена

**Трудовой анамнез:** не работает

**Инвалидность:** нет

**Рост, см:** 192

**Масса тела, кг:** 67

**ИМТ:** 18,2

**Status praesens:**

**Общее состояние пациента:** удовлетворительное

Телосложение нормостеническое, нормального питания. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски и влажности. Эластичность кожи сохранена. Развитие подкожно-жирового слоя умеренное. Отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Форма грудной клетки нормостеническая. При перкуссии: звук легочной. Аускультативно: дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Хрипов нет, крепитации нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 74 уд. в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Ритм правильный, дефицита нет. АД 120/70 мм. рт. ст. Состояние периферических сосудов: пульсация отчетливая, венозный рисунок не изменен. Трофических изменений нет. Язык влажный, зев чистый. Миндалины не изменены. Живот: мягкий, безболезненный, участвует в дыхании, перитонеальных симптомов нет. Физиологические опрвления без особенностей. Стул нормальный. Моча обычной окраски, без патологических примесей в достаточном количестве. Область почек не изменена, безболезненная при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание самостоятельное, не нарушено, безболезненное.

**Status localis:**

Пациент ходит хромая с дополнительной опорой. Походка Транделенбурга. Визуально ось нижних конечностей правильная. Кожа над правым тазобедренным суставом без признаков воспаления. Визуально варикозно расширенных подкожных вен голени нет. Клинических признаков тромбоза и тромбоза нет. Гипотрофию ягодичных мышц и мышц бедра нельзя качественно оценить ввиду ожирения. Нарушения иннервации и кровоснабжения дистальных отделов конечности нет. Движения в тазобедренном суставе ограничены.

На представленных рентгенограммах таза и тазобедренного сустава определяется сужение суставной щели между крышей правой вертлужной впадины и головкой бедренной кости. Головка бедренной кости в вертлужной впадине, неоацетабулюма нет. Линия Шентона неправильная. Нижний край головки бедренной кости выше уровня фигуры полумесяца. Сама фигура полумесяца сглажена, выражена нечетко. Фигура слезы сглажена. Субхондральный

склероз крыши вертлужной впадины с признаками кистовидной трансформации. Головка бедренной кости деформирована с признаками коллапса. Значимых дефектов стенок вертлужной впадины, требующих реконструкции, нет. Угол Виберга находится в пределах 20 градусов. Большой и малый вертел сохранены, деформации бедренной кости на уровне остеотомии и дистальнее планируемой остеотомии нет. Остеонекроз головки бедренной кости, сросшийся перелом шейки бедренной кости, фиксированный двумя винтами

На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и данных инструментального обследования

**Предварительный диагноз:**

Левосторонний посттравматический коксартроз 3 ст., сросшийся перелом шейки бедренной кости, остеосинтез двумя винтами 27.11.2011

**Сопутствующий диагноз (со слов пациента)**

Нет

**На основании жалоб на:**

на боли в области левого тазобедренного сустава, усиливающиеся при физической нагрузке, утреннюю скованность, дефицит разгибания, хромоту анамнеза, объективных, физикальных данных и данных инструментального обследования,

**Клинический диагноз:**

Левосторонний посттравматический коксартроз 3 ст., сросшийся перелом шейки бедренной кости, остеосинтез двумя винтами 27.11.2011

**Цель госпитализации: для оперативного лечения**

**План обследования и лечения:**

тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава

**Планируемый результат лечения:**

восстановление функции конечности, купирование болевого синдрома

зав. научным отделом

Лечащий врач

Зав. травматолого-ортопедическим отделением №1

к.м.н.

Середа А.П.

Тарабарко И.Н.

Лычагин А.В.

**Министерство здравоохранения Российской Федерации  
государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования**

**ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ имени И.М. СЕЧЕНОВА**

**КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

**УКБ№1, Отделение: Травматолого-ортопедическое №1**  
(наименование УКБ, отделения)

**СОГЛАСИЕ  
С ОБЩИМ ПЛАНом ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**

Я,

-----

(фамилия, имя, отчество)

находясь на лечении в травматолого-ортопедическом отделении

(наименование отделения)

ознакомлен(а) моим лечащим врачом Тарабарко И.Н.

(фамилия, имя, отчество)

с намеченным мне общим планом обследования и лечения.

Лечащим врачом мне лично были разъяснены цель, характер, ход и объем планируемого обследования, а также способы его проведения.

Я ознакомлен(а) с планом предполагаемого медикаментозного лечения и действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом.

Я уполномочиваю врачей выполнить процедуру или дополнительное вмешательство в соответствии с общим планом обследования и лечения.

Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение.

Я предупрежден, что за грубое нарушение больничного режима могу быть досрочно выписан из лечебно-профилактического учреждения.

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу Тарабарко И.Н.

(фамилия, имя, отчество)

Пациент \_\_\_\_\_

(подпись пациента либо его доверенного лица, фамилия,  
имя, отчество, реквизиты документа, подтверждающего  
право представлять интересы пациента)

Дата : 16.06.2014

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования  
**ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ имени И.М. СЕЧЕНОВА  
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

УКБ №1, Отделение: Травматолого-ортопедическое №1  
(наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ПРИСУТСТВИЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ ВО ВРЕМЯ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА  
ИЛИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ  
СВЕДЕНИЙ О ПАЦИЕНТЕ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**

Подписывая данный документ я,

-----

(фамилия, имя, отчество)

понимаю, что обратился за получением медицинской помощи в Университетскую клиническую больницу (далее – УКБ) №1 Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, которая является подразделением Клинического центра ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Росздрава (далее – «Университет»), обеспечивающим учебный и научный процесс в Университете и я даю свое согласие на присутствие обучающихся университета во время врачебных осмотров или проведения в отношении меня медицинского вмешательства.

С учетом вышеуказанного статуса УКБ №1, в которую я обратился(лась) за медицинской помощью, я также даю свое добровольное согласие на использование Университетом информации о состоянии моего здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при моем обследовании и лечении, составляющих в соответствии со статьей 61 «Основ законодательства об охране здоровья граждан Российской Федерации врачебную тайну, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе **(без указания имени и фамилии)**».

16.06.2014

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач Тарабарко И.Н.  
(Ф.И.О., должность)

подпись \_\_\_\_\_

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования  
**ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ имени И.М. СЕЧЕНОВА  
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

УКБ№1, Отделение: Травматолого-ортопедическое №1  
(наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕБНУЮ  
(ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ) МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ)**

Я, -----, 1991 года рождения,

зарегистрированный по адресу:

-----  
, Туркменистан, г. Туркменбаши, 2-й мкрн, д 3 кв 7

(адрес места жительства гражданина, либо его законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, включенных в перечни определенных видов медицинских вмешательств, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (далее - [Перечни](#)), Федеральным законом от 30 марта 1995 г. №38-ФЗ (в редакции от 02.07.2013г.), распоряжением Департамента здравоохранения г.Москвы от 14 апреля 2006 г. N 260-р,

-----  
внутримышечные, подкожные, и внутривенные инъекции, установка внутривенных катетеров

(наименование медицинского вмешательства)

-----  
Медицинским работником

-----  
Лечащий врач, Тарабарко И.Н.

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечни, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](#) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.6724; 2012, № 26, ст.3442, 3446).

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры). Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с [пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»](#) может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

-----  
(подпись)

-----  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

-----  
(подпись)

16.06.2014

(дата оформления)

-----  
Тарабарко И.Н.  
(Ф.И.О. медицинского работника)