

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. Клиника травматологии, ортопедии и патологии суставов  
**ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ**

Канал поступления, Ф.И.О., год рождения	№ И.Б.	Дата поступления
<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

**Анамнез:**

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.

**Общий статус:**

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.

**Местный статус:**

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.

**Клинический диагноз:**

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

**Планируемая операция:**

тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава

**Показания к операции и ее цель:**

восстановление функции конечности, купирование болевого синдрома

**Ожидаемая кровопотеря: стандартная** Группа крови: В(III)  
зав. научным отделом

Резус фактор: Положительный  
Середа А.П.

Лечащий врач

Тарабарко И.Н.

Зав. травматолого-ортопедическим отделением №1

к.м.н.

Лычагин А.В.

16.06.2014

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования  
Первый МГМУ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА  
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
Клиника травматологии, ортопедии и патологии суставов  
Москва, ул. Б. Пироговская, д.6,  
Отделение: Травматолого-ортопедическое №1  
**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАЦИЮ**

• Подписывая данный документ, я, -----

1991 г. рожд., проживающий(ая) по адресу:

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

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении), в клинике **ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ И ПАТОЛОГИИ СУСТАВОВ**, добровольно даю свое согласие на операцию:

тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава

и прошу персонал подразделения о её проведении. Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности предстоящего оперативного лечения.

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной операции. Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции или после нее могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). В таком случае я согласен(на) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению. Так же Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями, связанными с особенностями течения моего заболевания, и даю свое согласие на это.

Я знаю, что обязан(а) не скрывать и поставить в известность врача о всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о всех перенесенных мною известных мне заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, сообщать правдивые сведения о моей наследственности, а также о злоупотреблении алкоголем, наркотическими препаратами или токсическими средствами.

Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на переливание крови (и ее компонентов).

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на вышеуказанную операцию.

Подпись пациента (пациентки): \_\_\_\_\_ 16.06.2014

От послеоперационного санаторно-курортного лечения отказываюсь.

На послеоперационное санаторно-курортное лечение согласен (ненужное вычеркнуть).

Подпись пациента (пациентки): \_\_\_\_\_ 16.06.2014

Расписался(расписалась) в моем присутствии

Лечащий врач: Тарабарко И.Н.

(подпись) \_\_\_\_\_

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

Клиника травматологии, ортопедии и патологии суставов,

**Травматолого-ортопедическое №1**

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИЮ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ, ЕЕ КОМПОНЕНТОВ  
ИЛИ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ**

Я, -----

1991 года рождения

(Фамилия, имя, отчество)

получил(а) разъяснения по поводу операции переливания крови. Мне объяснены лечащим врачом цель переливания, его необходимость, характер и особенности процедуры, ее возможные последствия, в случае развития которых я согласен(а) на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я извещен(а) о вероятном течении заболевания при отказе от операции переливания крови, ее компонентов и кровезаменителей.

Я имел(а) все возможности задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них исчерпывающие ответы.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Я согласен с предложенным планом лечения

\_\_\_\_\_  
(подпись пациента)

или расписался (согласно Приказу Минздрава России от 02.04.2013 г. № 183н  
«Об утверждении правил использования донорской крови и ее компонентов»)

(подпись, Ф.И.О. доверенного лица, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента, дата)

или присутствовавшие при беседе

Тарабарко И.Н.

\_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О. врача)

\_\_\_\_\_  
(подписи свидетелей беседы)

Я не согласен с предложенным планом лечения

\_\_\_\_\_  
(подпись пациента, Ф.И.О., дата)

или расписался (согласно Приказу Минздрава России от 02.04.2013 г. № 183н  
«Об утверждении правил использования донорской крови и ее компонентов»)

\_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О. доверенного лица, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента, дата)

или присутствовавшие при беседе

\_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О. врача)

\_\_\_\_\_  
(подписи свидетелей беседы)

16.06.2014

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**  
**Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования**  
**Первый МГМУ им. И.М Сеченова**  
**Университетская клиническая больница №1**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
**НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

Я, -----, 1991 года рождения,

проживающий(ая) по адресу:  
, Туркменистан, г. Туркменбаши, 2-й мкрн, д 3 кв 7

находясь на лечении (обследовании) в травматолого-ортопедическом отделении №2 добровольно даю свое согласие на:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

Я знаю, что обязан(а) не скрывать и поставить в известность врача о всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов, о всех перенесенных мною известных мне заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, сообщать правдивые сведения о моей наследственности, а так же о злоупотреблении алкоголем, наркотическими препаратами или токсическими средствами.

О последствиях \_\_\_\_\_  
(возможных осложнениях при выполнении анестезии)  
и связанным с ними риском информирован(-а) врачом анестезиологом-реаниматологом

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. Подпись пациента \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии  
Врач анестезиолог-реаниматолог \_\_\_\_\_ (подпись)

# ЛИСТ ОСМОТРА АНЕСТЕЗИОЛОГА

Ф.И.О. -----

год рождения: 1991 История болезни № 30577

## 1. Анамнез:

Перенесенные и сопутствующие заболевания:

Нет

Операции в анамнезе:

нет

Аллергические реакции: нет

Переливание крови, кровезаменителей (да/нет), посттрансфузионные реакции

Вредные привычки: курение (да/нет), злоупотребление алкоголем, наркотиками

## 2. Объективный статус на момент осмотра:

Жалобы:

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

**Рост, см:** 192 **Масса тела, кг:** 67 **ИМТ:** 18,2

Телосложение правильное (да/нет)

Кожные покровы \_\_\_\_\_ Полость рта (особенности есть/нет) \_\_\_\_\_

Патология вен нижних конечностей (да/нет) \_\_\_\_\_

Шея (короткая длинная, средняя) \_\_\_\_\_

Органы дыхания А) Везикулярное (да/нет), хрипы (есть/нет)

Б) Частота дыхания в минуту \_\_\_\_\_, свободное (да/нет)

Органы брюшной полости А) живот мягкий (да/нет)

Б) печень пальпируется (да/нет)

Патология по данным лабораторных и специальных методов исследования (есть/нет) \_\_\_\_\_

## 3. Назначения, дообследования

## 4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Оценка общего состояния больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое)

Название предполагаемой операции (плановая, экстренная, срочная)

тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава

Рекомендуемое обезболивание: эндотрахеальный наркоз, масочный наркоз,

спинальная анестезия, внутривенный наркоз,

проводниковая анестезия, сочетанная анестезия

Противопоказания к каким-либо препаратам для наркоза \_\_\_\_\_

Анестезиологический риск \_\_\_\_\_ степени

Возможные осложнения в постнаркозном периоде \_\_\_\_\_

## 5. Назначения, премедикация:

Врач анестезиолог-реаниматолог \_\_\_\_\_ (подпись)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.