

# КАРТА БОЛЬНОГО КАБИНЕТА ХСН

(вкладыш в амбулаторную карту)

ФИО больного: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Домашний адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



ФГБУ «Национальный  
медицинский исследовательский  
центр кардиологии»



Общество специалистов  
по сердечной  
недостаточности

Пациент (ФИО) \_\_\_\_\_

| Дата | Диагноз | Врач (фамилия, инициалы) |
|------|---------|--------------------------|
|      |         |                          |

Индивидуальный план наблюдения.  
 Пациент (ФИО) \_\_\_\_\_

| Исследование  | Дата проведения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Калий   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Натрий  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Гемоглобин  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ХС-ЛПНП   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Гликированный гемоглобин                              |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| МНО   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BNP/NtproBNP  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Скорость клубочковой фильтрации                       |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Тиреотропный гормон                                   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИМТ   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Необходимость контроля диуреза                        |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Термометрия   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Холтеровское мониторирование ЭКГ                      |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ЭКГ   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ЭХО-КГ  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Тест 6-минутной ходьбы                                |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Консультация врача кабинета ХСН                       |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Школа больного ХСН                                    |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Школа родственников пациента                          |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Групповая физическая реабилитация                     |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Контроль работы имплантированных устройств            |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Вакцинация  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Наблюдение специалистами                              |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Телефонный опрос медицинской сестры                   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Подпись медицинской сестры                            |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Подпись врача   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| + – пометка о назначении / и – пометка об исполнении. |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Лист назначений.  
Пациент (ФИО) \_\_\_\_\_

| Название группы препаратов                  | Название препарата | Доза препарата всутки | Дата |
|---|--------------------|-----------------------|------|
| Ингибитор АПФ                               |                    |                       |      |
| АРА   |                    |                       |      |
| АРНИ  |                    |                       |      |
| Бета-блокатор                               |                    |                       |      |
| Ивабрадин                                   |                    |                       |      |
| Антиаритмики                                |                    |                       |      |
| Сердечные гликозиды                         |                    |                       |      |
| АМКР  |                    |                       |      |
| Диуретики                                   |                    |                       |      |
| ПОАК, варфарин                              |                    |                       |      |
| НМГ   |                    |                       |      |
| Ацетилсалициловая кислота                   |                    |                       |      |
| Другие антитромбоцитарные средства          |                    |                       |      |
| Антагонисты кальция                         |                    |                       |      |
| Нитраты                                     |                    |                       |      |
| Ингибитор натрий-глюкозного ко-транспортера |                    |                       |      |
| Липидснижающие препараты                    |                    |                       |      |
| Омега-3-ПНЖК                                |                    |                       |      |
| Препараты железа                            |                    |                       |      |
| Другие препараты                            |                    |                       |      |
| Подпись врача                               |                    |                       |      |

Лист назначений.  
Пациент (ФИО) \_\_\_\_\_

| Название группы препаратов                  | Название препарата | Доза препарата всутки | Дата |
|---|--------------------|-----------------------|------|
| Ингибитор АПФ                               |                    |                       |      |
| АРА   |                    |                       |      |
| АРНИ  |                    |                       |      |
| Бета-блокатор                               |                    |                       |      |
| Ивабрадин                                   |                    |                       |      |
| Антиаритмики                                |                    |                       |      |
| Сердечные гликозиды                         |                    |                       |      |
| АМКР  |                    |                       |      |
| Диуретики                                   |                    |                       |      |
| ПОАК, варфарин                              |                    |                       |      |
| НМГ   |                    |                       |      |
| Ацетилсалициловая кислота                   |                    |                       |      |
| Другие антитромбоцитарные средства          |                    |                       |      |
| Антагонисты кальция                         |                    |                       |      |
| Нитраты                                     |                    |                       |      |
| Ингибитор натрий-глюкозного ко-транспортера |                    |                       |      |
| Липидснижающие препараты                    |                    |                       |      |
| Омега-3-ПНЖК                                |                    |                       |      |
| Препараты железа                            |                    |                       |      |
| Другие препараты                            |                    |                       |      |
| Подпись врача                               |                    |                       |      |

## Телефонный опрос медицинской сестры кабинета ХСН.

Пациент (ФИО) \_\_\_\_\_

1. Нарастала ли у Вас одышка? Одышка усиливается в положении лежа?
2. Нарастали ли у Вас отеки?
3. Увеличился ли Ваш вес за последнюю неделю?
4. Какие у Вас привычные значения давления и частоты пульса в течение последнего месяца?
5. Вас беспокоят сердцебиения или перебои в работе сердца больше, чем обычно?
6. Регулярно ли Вы принимаете препараты, рекомендованные кардиологом? Если нет, то почему?
7. Изменилась ли переносимость привычных физических нагрузок?

| Показатель/дата                           | Дата опроса | Дата опроса | Дата опроса |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Прогрессирование одышки, да/нет           |             |             |             |
| Нарастание отеков, да/нет, уровень        |             |             |             |
| Вес, кг                                   |             |             |             |
| АД, мм рт.ст.                             |             |             |             |
| ЧСС, уд/мин                               |             |             |             |
| Неравномерный ритм, да/нет                |             |             |             |
| ФК, I-IV                                  |             |             |             |
| Приверженность к «кардио» терапии, да/нет |             |             |             |
| Тактика                                   |             |             |             |
| Дополнительная информация                 |             |             |             |
| Подпись медицинской сестры                |             |             |             |
| Подпись врача                             |             |             |             |

## Телефонный опрос медицинской сестры кабинета ХСН.

Пациент (ФИО) \_\_\_\_\_

1. Нарастала ли у Вас одышка? Одышка усиливается в положении лежа?
2. Нарастали ли у Вас отеки?
3. Увеличился ли Ваш вес за последнюю неделю?
4. Какие у Вас привычные значения давления и частоты пульса в течение последнего месяца?
5. Вас беспокоят сердцебиения или перебои в работе сердца больше, чем обычно?
6. Регулярно ли Вы принимаете препараты, рекомендованные кардиологом? Если нет, то почему?
7. Изменилась ли переносимость привычных физических нагрузок?

| Показатель/дата                           | Дата опроса | Дата опроса | Дата опроса |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Прогрессирование одышки, да/нет           |             |             |             |
| Нарастание отеков, да/нет, уровень        |             |             |             |
| Вес, кг                                   |             |             |             |
| АД, мм рт.ст.                             |             |             |             |
| ЧСС, уд/мин                               |             |             |             |
| Неравномерный ритм, да/нет                |             |             |             |
| ФК, I-IV                                  |             |             |             |
| Приверженность к «кардио» терапии, да/нет |             |             |             |
| Тактика                                   |             |             |             |
| Дополнительная информация                 |             |             |             |
| Подпись медицинской сестры                |             |             |             |
| Подпись врача                             |             |             |             |

