

FOAIA DE OBSEVAȚIE CLINICĂ MEDICALĂ



Semiologia reprezintă studiul **simptomelor** și **semnelor clinice** + gruparea acestora în **sindroame**, de la care derivă planul de investigații, ajungându-se în final la diagnosticul bolii.

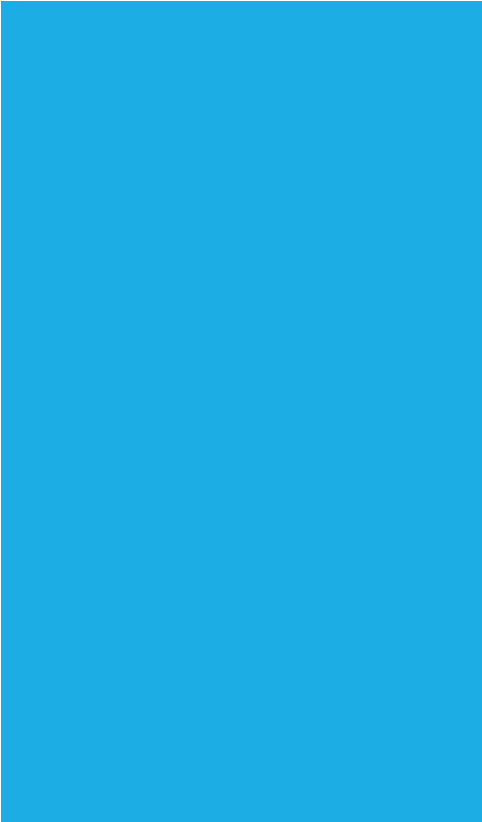
Simptomul este **elementul subiectiv** relatat de bolnav, fiind interpretat prin prisma componentei personale acordată de fiecare pacient în parte.

Unele simptome sunt generale, fără specificitate de organ sau aparat, fiind întâlnite în foarte multe stări patologice, așa cum sunt febra, cefaleea, astenia sau amețelile.

Fiecare boală are unul sau două simptome principale (majore, dominante) care determină pacientul să consulte medicul. Acestea au o relativă specificitate pentru un anumit organ sau aparat, dar vor fi atribuite acestuia după ce s-au exclus și alte cauze care ar putea da manifestări asemănătoare. Spre exemplu, o durere retrosternală apărută brusc, cu anumite caractere clinice poate fi sugestivă pentru o ischemie miocardică, dar ea poate fi dată și de un reflux gastroesofagian.



Semnul clinic reprezintă un **element obiectiv** care se constată la examenul fizic al bolnavului efectuat de examinator (suflu, ral, matitate) sau uneori observate de către bolnavi prin autoexaminare (icterul, edemele, mărirea de volum a abdomenului).



Sindromul este ansamblul de date subiective (simptome) și obiective (semne) caracteristic unui număr mai mare sau mai mic de boli, care obligă la anumite explorări paraclinice capabile să conducă la diagnosticul complet al bolii.

De exemplu, un **sindrom lichidian pleural**, caracterizat de acumularea unui volum de lichid în cavitatea pleurală, obligă la anumite explorări paraclinice pentru a stabili dacă este vorba de hidrotorax sau de pleurezie.

Alte exemple: **sindromul dispeptic**, **sindromul de obstrucție bronșică cronică**, **sindromul de condensare pulmonară cu bronhie liberă**.

Tehnica diagnosticului clinic

Anamneză +
Examen obiectiv



Simptome

Semne



Sindrom



Plan de explorare



Explorări
paraclinice



Dg. de boală

FOAIA DE OBSERVAȚIE

Foaia de observație este documentul medical care se întocmește bolnavului internat într-o unitate sanitară cu paturi.

Capitolele foii de observație din clinica medicală constituie forma de bază, la care se adaugă particularitățile fiecărei specialități.

În afară de valoarea strict medicală, foaia de observație reprezintă un document științific pentru cercetări retrospective sau prospective.

Foaia de observație poate reprezenta un document juridic sau pentru expertizarea capacității de muncă.

În relația medic-pacient confidențialitatea actului medical este obligatorie, în afară de cazurile implicate în justiție, la care se poate solicita și copie de pe foaia de observație.

Datele personale: numele și prenumele, data nașterii, domiciliul se consemnează numai pe baza actelor doveditoare. Cazurile aduse în stare de inconștiență, fără acte sau cele care nu-și pot dovedi identitatea sunt reținute pentru acordarea asistenței medicale, dar se va anunța poliția pentru identificarea lor. Dacă sunt aduși bolnavi în stare de inconștiență sau cu diverse traumatisme, de persoane din afara anturajului lor, se va consemna identitatea acestora.

Datele calendaristice: data internării va fi completată cu ora prezentării. În aceeași casetă vor fi trecute și data externării, precum și perioada de CM recomandată în continuare la domiciliu.

Caseta pentru diagnostic: pe prima pagină a foi de observație se află caseta în care se consemnează diagnosticele în diferite etape ale evoluției. Primul diagnostic este cel de trimitere, dacă pacientul a fost îndrumat pentru internare de un medic din sistemul numit „ambulatoriu“ (cabinete medicale, policlinici). Medicul care primește bolnavul îl examinează și își formulează propriul diagnostic de internare. În primele trei zile se efectuează explorările necesare, stabilindu-se diagnosticul complet, care nu va mai suferi modificări esențiale până la externare, când se consemnează diagnosticul definitiv, care va fi trecut și pe documentul medical pe care pacientul îl primește la părăsirea spitalului (bilet de externare).

Județul		Nr. înregistrare
Localitatea		CNP
Spitalul		Întocmit de:
Secția		parafa medicului

FOAIE DE OBSERVAȚIE CLINICĂ GENERALĂ

NUMELE	PRENUMELE	Sexul M/F ☐
Data nașterii: zi lună an	Grup sangvin: A/B/AB/0; Rh + / -	
Domiciliul legal: județul Localitatea	Alergic la:	
Sect. ☐ Mediul U/R ☐ Str.	Nr.	Data internării: ora
Reședința: județul Localitatea	Nr.	zi lună an
Sect. ☐ Mediul U/R ☐ Str.	Nr.	Data externării: ora
Greutatea la naștere (nou născuți)	Nr.	zi lună an
Ocupația	Nr.	Nr. zile spitalizare
Locul de muncă	Nr.	Nr. zile c. m. la externare
C.I./B.I. seria Nr.	Certificat naștere (copil) seria Nr.	
Statut pacient: Asigurat CNAS ☐ Neasigurat CNAS ☐ Nr. carnet asigurat		
Casa de asigurare județeană ☐ Transporturi ☐ CASAOPSNAJ ☐ Talon pensie		
Tipul internării: urgență (1); trimitere medic de familie (2); trimitere medic specialist ambulatoriu (3); transfer interspitalicesc (4); la cerere (5); alte (9) ☐		
Diagnosticul de trimitere:		
Diagnosticul la internare:		
Semnătura și parafa medicului		
.....		
Diagnosticul la 72 de ore:		
Diagnosticul principal la externare:		
.....		
Diagnostice secundare la externare (complicații / comorbidități):		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
Semnătura și parafa medicului șef	Semnătura și parafa medicului curant	

Anamneza

Anamneza (anamnesis = reamintire) reprezintă totalitatea informațiilor pe care medicul le obține din convorbirea cu pacientul. Această convorbire cu pacientul necesită o foarte bună pregătire profesională, perspicacitate, răbdare și tact.

O anamneză bine făcută asigură o parte importantă a diagnosticului.

Discuția trebuie făcută cu îndemânare, folosind cuvinte care să fie înțelese de pacient, în raport cu nivelul de pregătire al acestuia. Tonul discuției trebuie să fie cordial, blând, încât să se câștige încrederea bolnavului, care să vadă în medic un prieten care îi va rezolva problema de sănătate. În situația că pacientul este inconștient sau cu tulburări psihice și în cazul copiilor, informațiile sunt furnizate de aparținători.

Motivele internării reprezintă începutul anamnezei, reținându-se două sau trei simptome majore. Simptomele de însoțire, secundare, se descriu la istoric, în ansamblul manifestărilor cu care a debutat și evoluat boala.

Se pot consemna și semne clinice, dacă acestea au fost observat de pacient, așa cum sunt icterul, edemul, mărirea de volum a abdomenului, tumefacțiile articulare sau modificările cutanate.

La simptomele majore trecute la motivele de internare se specifică localizarea topografică și, dacă există, caracterul evocator, spre exemplu: durere la baza hemitoracelui drept, accentuată de respirație sau durere retrosternală cu caracter constrictiv. Uneori este necesară internarea unor bolnavi „pentru explorări“, deoarece a fost descoperită întâmplător o anumită anomalie biologică sau imagistică, ei fiind de fapt asimptomatici. La aceste cazuri internate pentru control sau explorări nu se vor inventa cu orice preț motive de internare.

MOTIVELE INTERNĂRII:

.....
.....
.....
.....
.....

ANAMNEZA:

a) Antecedente heredo-colaterale

.....
.....
.....
.....
.....

b) Antecedente personale, fiziologice și patologice

.....
.....
.....
.....
.....

c) Condiții de viață și muncă

.....
.....
.....
.....
.....

d) Comportamente (fumat, alcool etc.)

.....
.....
.....
.....
.....

e) medicație de fond administrată înaintea internării (inclusiv preparate hormonale și imunosupresoare)

.....
.....
.....
.....
.....

ISTORICUL BOLII:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

Istoricul bolii cuprinde descrierea amănunțită a tuturor manifestărilor clinice de debut și evoluția lor până în momentul prezentării la medic, inclusiv eventualele tratamente efectuate în această perioadă.

La început pacientul este rugat să-și relateze singur suferința, pentru a ne orienta asupra celor mai supărătoare manifestări, dar și asupra impactului psihologic și nivelului intelectual. După această primă relatare, medicul reia discuția, dar cu întrebări precise menite să elucideze amănunțit toate manifestările clinice.

Prima problemă care trebuie lămurită se referă la modalitatea de debut a bolii și care au fost primele simptome.

- boli care încep brutal, aparent în plină sănătate, bolnavul putând indica și ora (pneumotoraxul, infarctul miocardic acut), boli cu debut brusc, în care tabloul clinic se constituie în câteva ore (pneumoniile bacteriene, toxiinfecțiile alimentare)
- boli cu debut lent, insidios, la care adesea este greu de stabilit momentul inițial și care ajung la medic cu ocazia apariției unor complicații (bronșita cronică, pielonefrita cronică).

MOTIVELE INTERNĂRII: _____

ANAMNEZA: _____

a) Antecedente heredo-colaterale _____

b) Antecedente personale, fiziologice și patologice _____

c) Condiții de viață și muncă _____

d) Comportamente (fumat, alcool etc.) _____

e) Medicație de fond administrată înaintea internării (inclusiv preparate hormonale și imunosupresoare) _____

ISTORICUL BOLII: _____

Istoricul bolii

După stabilirea modului de debut și a manifestărilor inițiale, acestea se urmăresc evolutiv până în momentul prezentării la medic, adăugând pe acest parcurs și celelalte simptome de însoțire, în ordinea apariției lor.

Dintre manifestările descrise de pacient trebuie să identificăm pe cele care aparțin bolii și care ne pot sugera apariția unei complicații sau a insuficienței organului afectat.

Un alt aspect important care se urmărește la istoric vizează tratamentele efectuate anterior. În afara cazurilor de automedicație, de multe ori bolnavii nu respectă indicațiile terapeutice, fapt care conduce la reapariția manifestărilor clinice sau chiar la agravarea bolii.

În condițiile unor indicații terapeutice corecte, lipsa aderenței pacienților privind continuarea tratamentului la domiciliu este de multe ori responsabilă de agravarea bolii (tratamentul tuberculostatic sau al diabetului zaharat).

MOTIVELE INTERNĂRII:

ANAMNEZA:

a) Antecedente heredo-colaterale

b) Antecedente personale, fiziologice și patologice

c) Condiții de viață și muncă

d) Comportamente (fumat, alcool etc.)

e) Medicație de fond administrată înaintea internării (inclusiv preparate hormonale și imunosupresoare

ISTORICUL BOLII:

Antecedentele personale fiziologice la adult se referă la evenimentele genitale din viața femeii, începând cu vârsta la care a apărut menstruația, durata și regularitatea ciclului menstrual și abundența fluxului.

Data ultimei menstruații poate atenționa asupra unei posibile sarcini, explicând anumite manifestări cu coloratură digestivă.

Disparația ciclului menstrual sau menopauza poate apărea fiziologic sau să fie indusă chirurgical sau terapeutic.

Se consemnează numărul de sarcini, cum au fost suportate, cum s-a desfășurat nașterea și greutatea copiilor la naștere (macrosomia fetală sugerează un posibil diabet zaharat la genitori).

Avorturile provocate, mai ales cele septice, pot lăsa sechele, iar cele spontane au de obicei un fond patologic.

Antecedentele personale fiziologice la copil vizează dezvoltarea de la naștere și până la pubertate, atât sub aspect somatic, cât și neuropsihic și intelectual.

MOTIVELE INTERNĂRII:

ANAMNEZA:

a) Antecedente heredo-colaterale

b) Antecedente personale, fiziologice și patologice

c) Condiții de viață și muncă

d) Comportamente (fumat, alcool etc.)

e) medicație de fond administrată înaintea internării (inclusiv preparate hormonale și imunosupresoare)

ISTORICUL BOLII:

```
#####
#####
#####
#####
```

a) **Antecedente non-complate**

[illegible]

c) Condiții de viață și muncă

d) Comportamente (fumat, alcool etc.)

e) Medicație de fond administrată înaintea internării (inclusiv preparate hormonale și imunosupresoare

```
#####
#####
#####
#####
```

[illegible]

- Bolile determinate genetic (hemofilia A) nu sunt foarte frecvente.
- Bolile cu predispoziție ereditară evidentă fac parte din patologia curentă, așa cum sunt hipertensiunea arterială esențială, diabetul zaharat, astmul bronșic alergic, ulcerul duodenal.
- Contagiunea intrafamilială intervine în multe boli infecțioase (tuberculoza, hepatitele virale), parazitare (scabia) sau cu transmitere sexuală.

ANAMNEZA:

a) Antecedente heredo-colaterale

b) Antecedente personale, fiziologice și patologice

c) Condiții de viață și muncă

d) Comportamente (fumat, alcool etc.)

e) Medicație de fond administrată înaintea internării (inclusiv preparate hormonale și imunosupresoare

EXAMENUL CLINIC GENERAL _____

Condițiile de viață și muncă cuprind toate aspectele legate de existența pacientului, știind că starea de sănătate implică bunăstarea fizică, psihică și socială a omului.

- Ne informăm asupra profesiei și locului de muncă, urmărind noxele posibile, efortul, stresul și orarul profesional.
- Condițiile de locuit sunt dependente de starea socio-economică, cu influențe directe asupra procesului patologic, dar și asupra posibilităților de îngrijire și tratament.
- Alimentația bolnavului este apreciată atât sub aspect cantitativ și calitativ, cât și în privința orarului meselor și a obiceiurilor alimentare.
- O atenție deosebită se acordă consumului de alcool, informându-ne de când bea, cât de des și ce cantitate obișnuiește să consume, fiind conștienți că unii vor nega acest obicei sau vor „reduce“ frecvența și cantitățile.
- Dacă pacientul fumează ne informăm de la ce vârstă a luat acest obicei și câte țigarete fumează pe zi, păstrând o rezervă asupra celor care afirmă că s-au lăsat de fumat.
- Consumul de droguri trebuie investigat cu atenție, în special la adolescenți și tineri, deoarece majoritatea îl neagă.

MOTIVEL INTERNĂRII:

ANAMNEZA:

a) Antecedente heredo-colaterale

b) Antecedente personale, fiziologice și patologice

c) Condiții de viață și muncă

d) Comportamente (fumat, alcool etc.)

e) Medicație de fond administrată înaintea internării (inclusiv preparate hormonale și imunosupresoare)

ISTORICUL BOLII:

Examenul obiectiv

Examenul obiectiv al oricărui pacient trebuie făcut complet, sistematic, corect și minuțios, constituind o mare greșeală profesională limitarea doar la nivelul regiunii sau organului afectat.

La cazurile grave, cu alterarea stării generale, examenul se face rapid și cât mai complet posibil, urmărindu-se în primul rând funcțiile vitale (respirația și circulația).

Pacientul se află așezat în pat sau pe o canapea de consultație, medicul plasându-se **în dreapta lui**, cu fața spre el pentru a-i urmări reacțiile.

Examinarea trebuie făcută și în ortostatism dacă starea generală a bolnavului și boala permit mobilizarea.

Examenul obiectiv, ca orice act medical se efectuează în condiții de confort termic, cu o lumină suficientă, dispusă uniform și cât mai aproape de cea naturală. Mâinile medicului trebuie să fie calde, cu unghiile tăiate scurt și protejate cu mănuși chirurgicale pentru anumite zone și tehnici de examinare (cavitatea bucală, organe genitale, tușeu rectal). Manevrelor se efectuează cu blândețe, dar cu fermitatea necesară, solicitând colaborarea bolnavului.

Examenul obiectiv complet este esențial, greșelile de diagnostic decurgând din superficialitatea, ignoranța și necunoașterea unor semne clinice evidente.

Examenul obiectiv se realizează prin cele patru metode clasice semiologice: inspecția, palparea, percuția și ascultația.

Inspecția se efectuează cu atenție, sistematic și comparativ pentru zonele simetrice, urmărindu-se modificările specifice fiecărui aparat sau organ.

Se începe cu inspecția generală, de ansamblu, urmărind poziția bolnavului în pat sau ținuta și stațiunea dacă se prezintă la un cabinet medical. În cadrul inspecției generale se analizează dezvoltarea somatică, starea de nutriție, mobilitatea și comportamentul pacientului.

Inspecția specifică fiecărui aparat sau organ urmărește modificările caracteristice, care vor fi descrise la fiecare capitol.



Palparea se bazează pe simțul tactil și stereometric, iar pentru durerea provocată cu această ocazie se urmărește și reacția bolnavului.

Palparea superficială se realizează prin aplicarea feței palmare a mâinilor pe zona examinată fără a se exercita o presiune, bazându-ne numai pe simțul tactil. Se folosește la examinarea tegumentelor și mucoaselor, articulațiilor, aparatului respirator, aparatului cardiovascular, în prima parte a palpării abdomenului și pe zonele intens dureroase.

Palparea profundă se realizează **mono-** sau **bimanual**, exercitând o presiune mai puternică asupra zonei examinate, dar fără să se provoace dureri sau senzații dezagreabile bolnavului. Prin această metodă, care este fermă, dar nu brutală, se examinează musculatura scheletică, ganglionii limfatici, organele parenchimatoase abdominale, colonul, rinichii, vezica urinară, uterul și formațiunile tumorale accesibile.

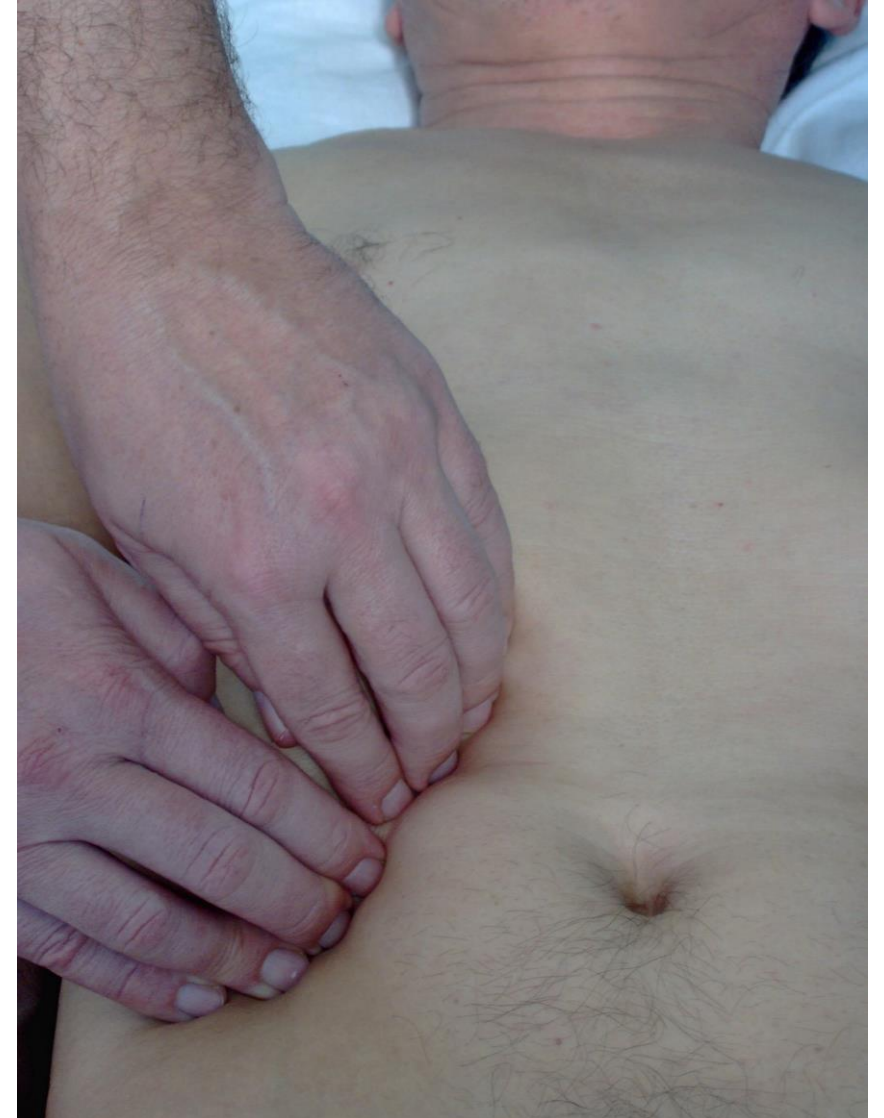
Palparea monomanuală



Palparea bimanuală

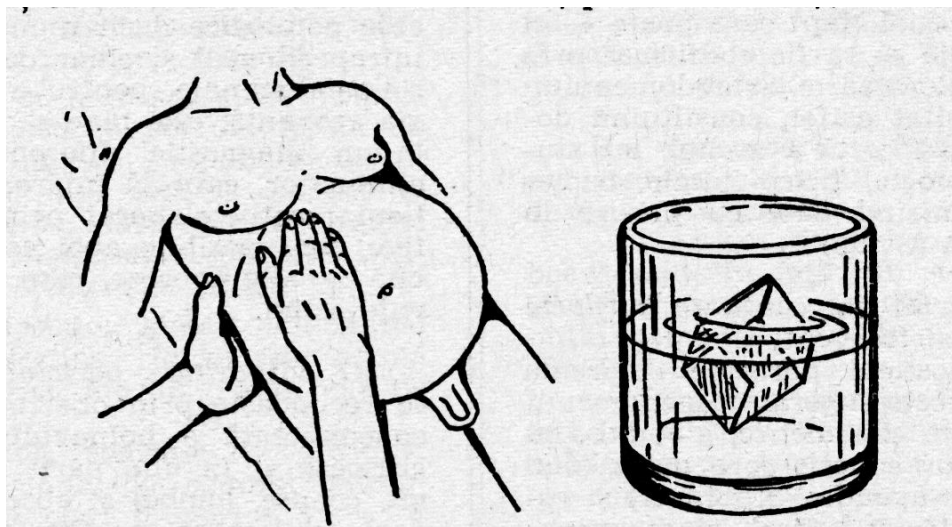


PALPAREA FICATULUI

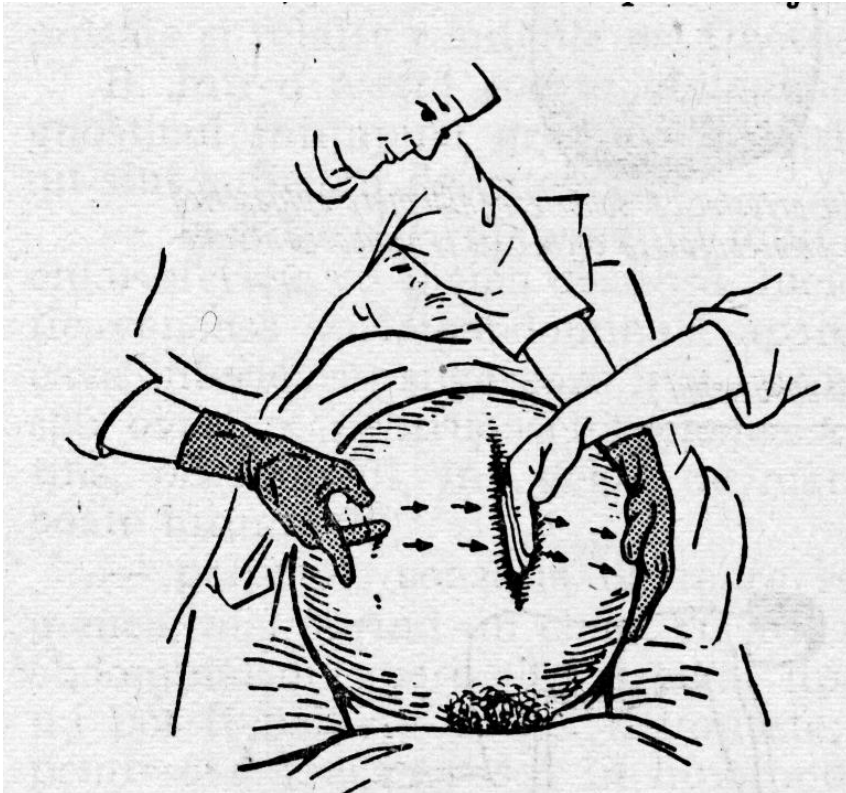


PALPAREA PRIN BALOTARE (SEMNUL BULGĂRELUI DE GHEAȚĂ)

Palparea prin balotare se folosește la examinarea rinichilor, hepato-splenomegaliilor și formațiunilor tumorale abdominale, imprimându-le cu o mână o scurtă mișcare dintr-o zonă, spre cealaltă mână care este plasată într-un plan diametral opus (din lombă spre flanc). Când există ascită cu volum mare, sub tensiune, se aplică o lovitură scurtă, cu degetele semiflectate de la o mână deasupra zonei în care se află o hepatomegalie, splenomegalie sau o tumoră abdominală mobilă, așteptând cu mâna în același loc revenirea la suprafața lichidului a organului sau formațiunii examinate (semnul „bulgărelui de gheață”).



SEMNUL VALULUI ÎN ASCITA DE VOLUM MEDIU ÎN DECUBIT DORSAL



PALPAREA VEZICULEI BILIARE



PALPAREA SPLINEI IN DECUBIT DORSAL



PALPAREA SPLINEI ÎN DECUBIT LATERAL DREPT PRIN ACROȘARE



PALPAREA RINICHIULUI PRIN METODA GUYON



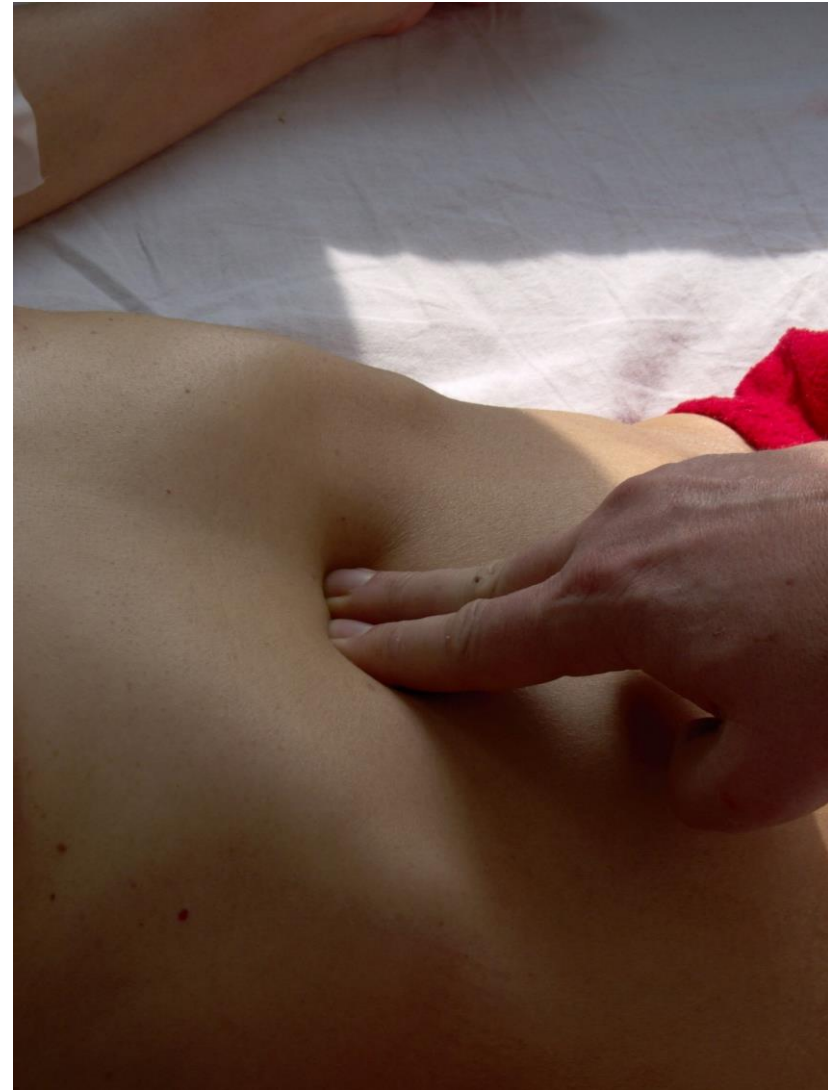
PALPAREA RINICHIULUI PRIN METODA GLENARD ȘI ISRAEL



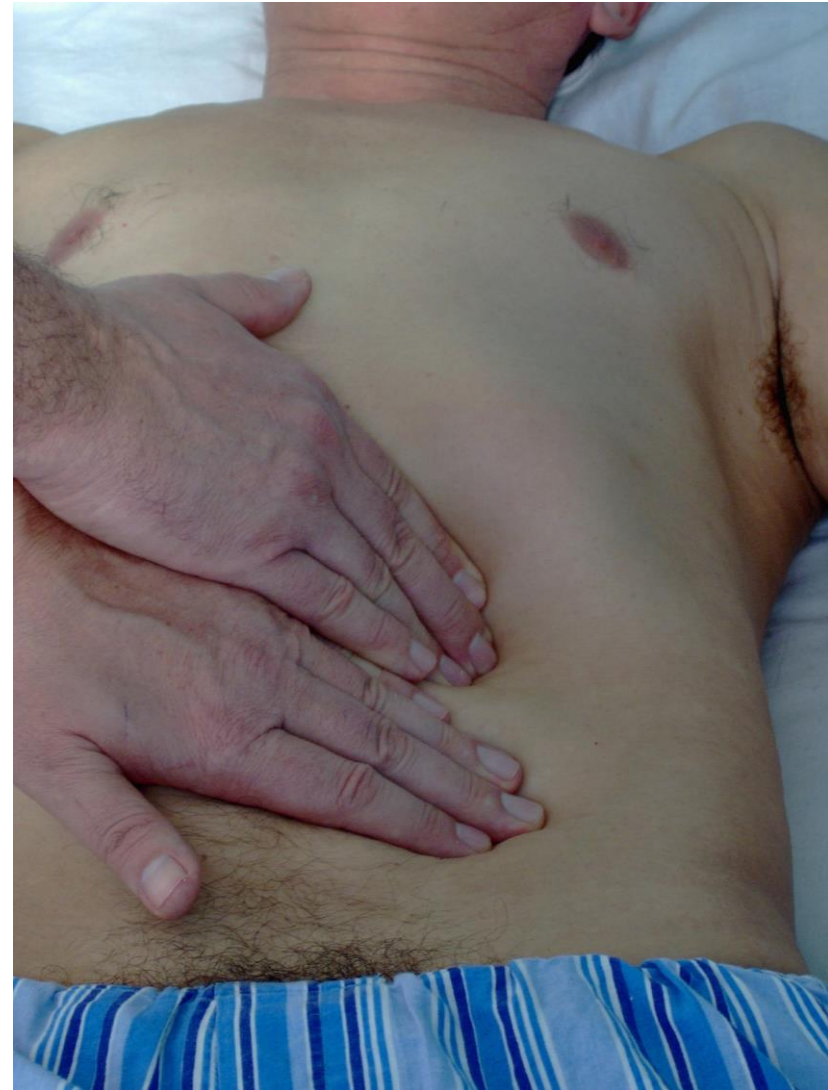
SEMNUL CLAPOTAJULUI



Palparea penetrantă este o apăsare fermă, cu unul sau două degete, pe o zonă strict limitată, în scopul identificării unor puncte dureroase. Se folosește la examenul aparatului osteo-articular și la cercetarea punctelor dureroase ale sinusurilor feței, otice, abdominale, renale și nervoase.



Dacă se exercită presiuni din aproape în aproape pe cadrul colic, în sens antiperistaltic din flancul stâng, se produce o distensie în amonte până în zona cecală, care devine dureroasă în procesele inflamatorii apendiculare sau ileocecale (**palpare „prin reptăție“ sau manevra Rovsing**).



Percuția pune în vibrație un anumit teritoriu, sunetele obținute fiind variabile în funcție de structura, elasticitatea și conținutul în aer al organului sau zonelor vecine.

Percuția digito-digitală (Piorry) furnizează sunete cu intensitate variabilă în funcție de forța loviturilor efectuate. Sunetele au un caracter net deoarece se pune în vibrație un teritoriu limitat, iar energia percutorie nu difuzează în suprafață, ci pătrunde în profunzime. Inițial se realiza cu ajutorul unui ciocănel cu vârf de cauciuc, pe o plăcuță care se aplica pe suprafața corpului, numită plesimetru. Locul ciocănelului a fost luat de mediusul de la mâna dreaptă semiflectat, iar al plesimetrului de falanga a doua a degetului similar de la mâna stângă, aplicat bine pe suprafața pielii.



Se poate realiza o percuție cu lovituri mai ușoare, care pune în vibrație teritorii superficiale sau una cu lovituri mai ferme, care pune în vibrație teritorii mai profunde. Practic, prin percuție se identifică procesele patologice mari și cele localizate, cu un diametru mai mare de 3-4 cm și situate până la 7-8 cm profunzime. Percuția topografică se folosește pentru stabilirea limitelor anatomice ale plămânilor, cordului, ficatului și splinei.

În funcție de caracterele acustice, sunetele obținute prin percuție pot fi „sonore“ sau „mate“.

- La percuția toracelui unui individ sănătos efectuată pe fețele anterioară, posterioară și laterale se obținute un sunet cunoscut ca „sonoritate pulmonară normală“. În emfizemul pulmonar, datorită creșterii cantității de aer prin distensia alveolară, intensitatea sunetului va fi mai mare, aspect numit hipersonoritate. În pneumotorax, datorită prezenței aerului în cavitatea pleurală și la percuția abdomenului se obține un sunet foarte sonor, cu timbru muzical, numit timpanism.
- Sunetele mate au intensitate mică și durată scurtă, fiind percepute în mod normal la percuția organelor parenchimatoase (ficat, splină, cord). La nivelul plămânului matitatea apare dacă o zonă își pierde conținutul aeric printr-un proces de condensare sau se dezvoltă o formațiune neaerată (tumoră, chist cu conținut lichid). În acumulările lichidiene pleurale, pericardice sau peritoneale apare o matitate fermă, intensă, lemnoasă, sunetul fiind caracteristic. La nivelul toracelui mai poate apare o matitate dacă s-au produs simfize pleurale groase (sechele ale unor procese inflamatorii din trecut).

PERCUȚIA FICATULUI



PERCUȚIA SPLINEI



PERCUȚIA ASCITEI DE VOLUM MARE IN POZIȚIE ORTOSTATICĂ



Ascultația se bazează pe transmiterea la suprafața corpului a fenomenelor acustice produse din interior în timpul funcționării unor organe și aparate, în condiții normale sau patologice.

Ascultația se practică cu stetoscopul (stethos = piept; skopein = a examina) biauricular.

Primul stetoscop, monoauricular, imaginat de Laennec, este folosit în continuare în obstetrică, pentru ascultarea bătăilor cordului fetal.

Această metodă stă la baza examinării plămânului și cordului și uneori la căutarea unor sufluri arteriale.



EXAMENUL CLINIC GENERAL

EXAMEN OBIECTIV

Starea generală

Talie

Greutate

Starea de nutriție

Starea de conștiență

Facies

Tegumente

Mucoase

Fanere

Țesut conjunctiv-adipos

Sistem ganglionar

Sistem muscular

Sistem osteo-articular

APARAT RESPIRATOR

APARAT CARDIOVASCULAR

APARAT DIGESTIV

FICAT, CĂI BILIARE, SPLINA

APARAT URO-GENITAL

SISTEM NERVOS, ENDOCRIN, ORGANE DE SIMȚ

EXAMEN ONCOLOGIC:
1. Cavitătea bucală
2. Tegumente
3. Grupe ganglioni palpabile
4. Sân
5. Organe genitale feminine
6. Citologia secreției vaginale
7. Prostată și Rect
8. Alte

ALTE EXAMENE DE SPECIALITATE
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

EXAMENE DE LABORATOR
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

EXAMENE RADIOLOGICE (rezultate)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

EXAMENE ECOGRAFICE (rezultate)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SUSȚINEREA DIAGNOSTICULUI ȘI TRATAMENTULUI:

CLINIC:...

PARACLINIC:

EPICRIZA:

Semnătura și parafa medicului,

CNP

[illegible]

Anul..... luna..... Nr. foi de observație..... Nr. salon..... Nr. pat.....

[illegible]

FOAIE DE EVOLUȚIE ȘI TRATAMENT

DATA	EVOLUȚIE	TRATAMENT

Hopa.ro!

