

Осмотр врача-терапевта/фельдшера

на приеме/на дому (первичный, повторный, актив)

Дата осмотра: _____

Жалобы: общее самочувствие (недомогание, утомляемость, слабость, снижение аппетита), температура тела, субъективные ощущения (затруднение носового дыхания, заложенность носа, першение или боль в горле), насморк, кашель (сухой, влажный и т.д.), одышка или чувство нехватки воздуха, другое (головная боль, боль в мышцах, боль в суставах, боль в животе, тошнота, рвота, жидкий стул и т.д.)

Анамнез: давность заболевания, принимаемое лечение, данные о вакцинации против гриппа

Эпидемиологический анамнез: контакт с заболевшими ОРВИ, выезд за пределы региона/страны и т.д.

Наличие хронических заболеваний, принимаемая терапия

Для женщин: уточнить наличие беременности

Аллергологический анамнез: указывается непереносимость отдельных препаратов или групп препаратов

Объективный статус

Кожные покровы и видимые слизистые: цвет (гиперемия, бледность, цианоз), влажность, отечность, инъекция сосудов и склер. Зев: гиперемия дужек и/или задней стенки ротоглотки, рыхлость/зернистость слизистой задней стенки, увеличение миндалин, наличие налетов на миндалинах. Лимфоузлы головы и

шей: увеличены или нет, плотные или мягкие, подвижные или спаяны, болезненные или безболезненные.

Грудная клетка: форма, участвует/не участвует в акте дыхания, участвует симметрично или нет.

Аускультация легких: дыхание – везикулярное ослабленное/усиленное, ослабленное (указать в каких отделах).

Дыхательные шумы: есть/нет, проводимость дыхания (проводится/не проводится по всем полям).

Хрипы: есть/нет, при наличии: сухие/влажные, крепитация: есть/нет, в каких отделах. ЧДД, SpO₂.

Аускультация сердца: ритм правильный/неправильный.

Шумы: есть/нет (описать).

Пульс: удовлетворительного/слабого наполнения и напряжения. АД, ЧСС.

Живот, диурез, стул.

Status localis (при наличии)

Диагноз: _____

План обследования: ОАК, ОАМ, ЭКГ, рентгенография ОГК, рентгенография придаточных пазух носа (нужное подчеркнуть), молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки/ротоглотки (нужное подчеркнуть) _____ на

_____ (конкретизировать)

Консультации специалистов _____

Рекомендации: _____

Лечение: (указать наименование препарата по МНН, доза препарата, кратность приема, длительность курса)

1. Противовирусные

2. Другие иммуномодуляторы

3. Интерфероны

4. Симптоматическая терапия: НПВС, местные средства для лечения заложенности носа и фарингита, муколитические и отхаркивающие препараты, противокашлевые препараты.

Экспертиза временной нетрудоспособности _____

Дата повторного осмотра/дата активации _____