**Xəstəlik tarixçəsi**

Xəstəlik tarixçəsi əsas tibbi sənədlərdən biridir. O müalicə- profilaktika müəsissəsinə müraciət edən hər bir şəxs üçün yazılır. Xəstəlik tarixçəsində pasient və onun xəstəliyinə aid bütün məlumat olmalıdır. Xəstəlik tarixçəsi aydın, dəqiq, ardıcıllıqla yazılmalıdır. Sözləri və cümlələri ixtisarla yazmaq, yazını qaralamaq, tarixlərdə düzəliş etmək və s. qəti qadağandır. Əgər səhv məlumat verilibsə, onun yanında “ səhv yazı “ sözlərini, tarix və həkimin qolu olmalıdır. Xəstəlik tarixçəsi müalicəvi, elmi-praktiki, hüquqi və pedoqoji əhəmiyyət daşıyır.

1. Müalicəvi əhəmiyyət ondan ibarətdir ki, xəstəlik tarixində olan qeydlərə görə diaqnostik və müalicəvi tədbirlər görülür.
2. Elmi- praktiki əhəmiyyəti xəstəliyin səbəb və xüsusiyyətlərini nəzərdən keçirərərək, onun gedişi haqqında məlumat verir və bunun əsasında profilaktik tədbirlər görülür.
3. Hüquqi əhəmiyyəti tam, düzgün və vaxtında görülən diaqnostik və müalicəvi tədbirlər haqqında orqanlara sübut olan sənəd kimi təqdim olunur.
4. Pedaqoji əhəmiyyəti ondan ibarətdir ki, xəstəlik tarixinin yazılması tələbə və həkimlərin kliniki düşüncəsini tərbiyələndirir, xəstəni düzgün müayinə etməyə yönəldir, əldə olan məlumatları təhlil etməyi, diaqnoz qoyulmasını əsaslandırır və müalicə planınını tərtib edilməsində vərdişlər yaradır.

Xəstəlik tarixçəsində pasiyentin şikayətləri, xəstəliyin başlanması səbəbləri və onun inkişafı, müayinələrin nəticəsi, keçirilən müalicənin nə dərəcədə effektiv olmağı haqqında məlumat verilir. Xəstəlik tarixçəsi xüsusi qayda ilə yazılır.

**I.Şəxsi məlumatlar :**

a) xəstənin adı, atasının adı, soyadı

b) doğulduğu yer

c) doğum tarixi

d) milliyəti

e) ailə vəziyyəti və s.

**II. Şikayətlər:**

Bu bölümdə müayinə günü xəstə tərəfindən olan şikayətlər qeyd olunur. Həkim bir sıra suallarla

1. ağrıların yerini və irradiasiyasını ( ağrı hissəsinin zədələnmiş yerdən kənara yayılması)
2. ağrının başlanması vaxtı ( gecə, gün ərzində və s.)
3. ağrının səbəbi olan faktorlar ( yeməkdən sonra, ac qarnına)
4. xəstədən ağrının qarşısını nə ilə aldığını öyrənib şikayətləri dəqiqləşdirir

**III. Anamnez morbi ( xəstəlik anamnezi)**

“Anamnez” yunanca “yada salma” deməkdir. Bu bölümdə :

1. xəstənin neçə müddət ərzində əziyyət çəkdiyi
2. xəstəliyin hansı simptomlarla (əlamətlə) başlanması
3. ilk dəfə həkimə nə zaman müraciət olunması
4. qoyulan diaqnoz
5. müraciət gününə qədər nə kimi müalicə alınması
6. müalicənin effektivliyi haqqında məlumat qeyd olunur

**IV. Anamnez vitae ( həyat anamnezi)**

Bu bölüm bir neçə hissədən ibarətdir:

1. **Qısa şəkildə**
2. xəstənin doğulduğu yer və tarix
3. ailədə neçənçi övlad olması
4. vaxtında ya vaxtından tez doğulması
5. fiziki inkişafı
6. təhsili
7. hərbi xidməti və s.
8. **Ailə-cinsi anamnez**
9. ailə vəziyyəti
10. uşaqlarının sayı
11. nigah bağlandığı dövrü
12. qadın və kişilər üçün fərqli olan xüsusi suallar və s.
13. **Əmək anamnezi**
14. neçə yaşından işləyir
15. iş yeri
16. iş şəraiti ( gecə növbəsi, fiziki və psixoemosional gərginlik, əməklə əlaqəli təhlükə: toz, radiasiya və s.)
17. **Məişət anamnezi**
18. mənzil şəraiti
19. mənzil sahəsində yaşayanların sayı
20. rayonun ekoloji vəziyyəti və s.
21. **Qidalanma**
22. müntəzəmlik
23. müxtəliflik
24. kalorililik və s.
25. **Zərərli vərdişlər**
26. siaqret çəkmək
27. alkoqol qəbulu
28. narkotik maddələrdən istifadə və s.
29. **Keçirilmiş xəstəliklər**
30. əməliyyat(harada, nə vaxt)
31. travma
32. yoluxma xəstəliklər və s.
33. **Allerqik xəstəliklər anamnezi**
34. istifadəsi mümkün olmayan medikamentlər
35. orqanizmin qəbul etmədiyi qida
36. bitkilər
37. toz və s.

V. **İrsiyyət anamnezi**

Bu bölümə xəstənin yaxın qohumlarında (ata, ana, bacı, qardaş, baba, nənə və s.) Müəyyən edilən onkoloji, ürək-damar, endokrin, psixi və s. xəstəliklər haqqında olan məlumat verilir.

VI. **Status preasens ( obyektiv müayinə, yəni xəstənin müraciət etdiyi zaman vəziyyəti:**

1. xəstənin ümumi vəziyyəti
2. aktivliyi
3. üz ifadəsi
4. dəri örtüyünün vəziyyəti
5. selikli qişaların vəziyyəti
6. limfa vəzilərinin vəziyyəti və s. haqqında toplanılan məlumat bu bölümdə yerləşir.

**VII.** **İlkin diaqnoz**

Yuxarıda verilən məlumatı toplayıb həkim ilkin diaqnoz qoyur və onu bu bölümdə qeyd edir.

**VIII. Müayinə planı**

Pasiyentin müayinə planı son kliniki diaqnozun qoyulması məqsədilə tərtib edilir.

**IX. Müayinə nəticələri**

**X. Son kliniki diaqnoz**

Burada əsas xəstəlik, onunla yanaşı gedən xəstəliklər və ağırlaşmalar haqqında məlumat verilir.

**XI. Əsaslanmış müalicə planı**

Bu bölümdə :

1. müalicə təyinatları
2. nəzarət üzrə pəhriz
3. gigiyenik və xüsusi göstərişlər qeyd edilir. Verilən göstərişlərin icraçısı ( tibb bacısı) hər edilən təyinatdan sonra bu haqda təyinat vərəqinə yazıb məlumat verir.

**XII. Hərarət vərəqəsi**

Bura xəstənin tibb müəssisəsinə gəldiyi gündən başlayaraq

1. səhər və axşam ölçülən bədən hərarətinin göstəriciləri
2. nəbz
3. tənəffüs
4. arterial təziqi
5. çəkisi
6. içilmilş mayenin miqdarı və s. haqqında məlumat qeyd edilir

**XIII. Epikriz**

Bu sənəd 3 növdə olur:

1. çıxarış epikrizi xəstənin xəstəxanadan çıxdığı zaman verilir
2. xəstənin başqa şöbəyə ya başqa tibb müəssəsinə keçirilən zaman verilən epikriz

Epikrizin bu növlərində xəstəlik tarixçəsində verilən xəstə haqqında məlumatı, ilkin və kliniki diaqnoz, xəstəliyin gedişi, müayinələrin nəticəsi, təyinatlar qısa şəkildə yazılır. Müalicə edən həkim tərəfindən xəstənin rejimi, qidalanması, ev şəraitində keçirilən müalicə və ehtiyac olan halda mütəxəssislərə müraciət məsləhət görülür.

1. ölüm halında verilən epikrizdə xəstə və onun xəstəliyi haqqında məlumatdan başqa əsas ölüm səbəbi göstərilir.

Bəzi ixtisaslaşdırılmış tibb müəssisələrində “Xəstəlik tarixçəsinə” əlavə olaraq başqa sənədlər də tərtib olunur. Məsəslən, Cərrahiyə klinikasında “ Cərrahi müdaxiləyə razılıq vərəqi” adlı sənəd xəstə və ya onun qəyyumları tərəfdən imzalanır.

Burada xəstə həkim tərəfindən verilən cərrahi müdaxilə, anesteziya, əməliyyat zamanı baş verə biləcək fəsadlar və risk dərəcəsi haqqında məlumatı şüurlu şəkildə anlayıb cərrahi müdaxiləyə razılığını təsdiqləyir.

Bundan başqa “Anestezioloqun müayinə kartı” və “Anesteziyanın protokolu yazılır.”

Anestezioloqun müayinə kartında xəstənin qan qrupu, laborator göstəriciləri, EQK, allerji reaksiyalar, bütün sistemlərin (sinir, endokrin, tənəffüs) müayinəsi, qəbul etdiyi dərmanlar haqqında məlumat qeyd edilir.

Anestezioloqun protokolunda isə cərrahi müdaxilənin təcili ya planlı olmağı, anesteziyanın növü (ümumi / (regional)), anesteziya zamanı icra olunan dərmanlar (adı və doza), bütün keçirilən manipulyasiyalar, xəstənin nəbzi, təziqi, EKQ göstəricisi, tənəffüs parametrləri, anesteziyadan çıxış zamanı xəstənin vəziyyəti qeyd olunur.