

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شماره پرونده: Unit No:

فرم ارزیابی اولیه پرستاری

INITIAL NURSING ASSESSMENT SHEET

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
		Bed:	تخت:				

اطلاعات پایه	ساعت ورود به بخش:	ساعت شروع ارزیابی:			
	میزان تحصیلات:	دین:			
وضعیت ارتباطی	بیماران خانم:	وضعیت بارداری:			
	منبع اطلاعات:	بیمار (یا ذکر نسبت):			
بررسی تاریخچه سلامت و بیماری	علامت حیاتی بدو ورود:	BP: PR: RR: T:			
	نحوه ورود:	با پای خود <input type="checkbox"/> صندلی چرخدار <input type="checkbox"/> برانکار <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید:			
حساسیتها	لوله و اتصالات بیمار (IV، استومی، لوله تراشه و...):	ذکر نام و محل:			
	سطح هوشیاری:	هوشیار <input type="checkbox"/> خواب آلوده <input type="checkbox"/> گیج <input type="checkbox"/> بدون پاسخ <input type="checkbox"/> آگاهی به زمان و مکان و شخص: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>			
ارزیابی سیستم ها	زبان و نوع گویش:	نیاز به مترجم دارد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
	نحوه صحبت کردن:	واضح <input type="checkbox"/> اشکال در تکلم <input type="checkbox"/> عدم توانایی در صحبت کردن <input type="checkbox"/> با اشاره <input type="checkbox"/>			
ارزیابی سابقه دارویی	وضعیت همکاری:	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> با ذکر دلیل:			
	شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار):	علت بستری (تشخیص اولیه پزشک معالج):			
ارزیابی سابقه سلامت و بیماری	سابقه بستری:	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>			
	سابقه جراحی:	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ذکر نوع عمل جراحی:			
ارزیابی سابقه سلامت و بیماری	سابقه بیماری (جسمی / روانی / اختلال مادر زادی):	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت داشتن سابقه نام بیماری:			
	سابقه بیماری در خانواده (جسمی و روانی):	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام بیماری:			
ارزیابی سابقه سلامت و بیماری	سابقه ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی:	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سابقه واکنش به ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع واکنش: <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>			
	عادات و عوامل خطر:	سوء مصرف دارو <input type="checkbox"/> سوء مصرف مواد مخدر <input type="checkbox"/> مصرف الکل <input type="checkbox"/> مصرف سیگار <input type="checkbox"/> مصرف قلیان <input type="checkbox"/> سابقه کار با مواد شیمیایی <input type="checkbox"/> سابقه کار در معدن <input type="checkbox"/> داشتن حیوان خانگی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید:			
ارزیابی سابقه سلامت و بیماری	خواب و استراحت:	۱- میزان خواب: طبیعی <input type="checkbox"/> کمتر از حد طبیعی (کمتر از ۵ ساعت) <input type="checkbox"/> بیشتر از حد طبیعی (بیشتر از ۸ ساعت) <input type="checkbox"/>			
	مشکلات خواب:	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نام ببرید:			
ارزیابی سابقه سلامت و بیماری	حساسیت دارویی:	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع دارو: <input type="checkbox"/> نوع واکنش: <input type="checkbox"/>			
	حساسیت غذایی:	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع غذا: <input type="checkbox"/> نوع واکنش: <input type="checkbox"/>			
ارزیابی سابقه سلامت و بیماری	عصبی:	سرگیجه <input type="checkbox"/> عدم تعادل <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> کرخی و بیحسی <input type="checkbox"/> مردمک ها: قرینه <input type="checkbox"/> غیر قرینه <input type="checkbox"/> سایر توضیحات:			
	قلبی و عروقی:	نبض: سینوسی <input type="checkbox"/> تاکی کاردی <input type="checkbox"/> برادیکاری <input type="checkbox"/> سیانوز <input type="checkbox"/> واریس <input type="checkbox"/> ادم <input type="checkbox"/> سایر توضیحات:			
ارزیابی سابقه سلامت و بیماری	تنفسی:	بدون مشکل <input type="checkbox"/> تنفس عمیق <input type="checkbox"/> سریع <input type="checkbox"/> سطحی <input type="checkbox"/> آینه <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> خلط <input type="checkbox"/> دیس پنه <input type="checkbox"/> در زمان استراحت <input type="checkbox"/> ارتوپنه <input type="checkbox"/> سیانوز <input type="checkbox"/> هموپتی <input type="checkbox"/> کلابینگ <input type="checkbox"/>			
	گوارش:	رژیم غذایی خاص: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام ببرید: <input type="checkbox"/> شکایت از: تهوع <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> اختلال بلع <input type="checkbox"/> اسپهال <input type="checkbox"/> یبوست <input type="checkbox"/> نفخ <input type="checkbox"/>			
ارزیابی سابقه سلامت و بیماری	ادراری تناسلی:	بدون مشکل <input type="checkbox"/> پلی اوری <input type="checkbox"/> اولیگوری <input type="checkbox"/> سوزش ادرار <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> هماجوری <input type="checkbox"/> عفونت <input type="checkbox"/> دیالیز <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> نام ببرید:			
	پوست:	بدون مشکل <input type="checkbox"/> رنگ پوست: سیانوز <input type="checkbox"/> رنگ پریده <input type="checkbox"/> زرد <input type="checkbox"/> درجه حرارت پوست: گرم <input type="checkbox"/> سرد <input type="checkbox"/> تعریق <input type="checkbox"/> تورگور پوست: طبیعی <input type="checkbox"/> ضعیف <input type="checkbox"/> زخم <input type="checkbox"/> ترشحات <input type="checkbox"/> سایر توضیحات:			
ارزیابی سابقه سلامت و بیماری	اسکلتی عضلانی:	بدون مشکل <input type="checkbox"/> گزگز <input type="checkbox"/> فلج <input type="checkbox"/> اسکلیوز <input type="checkbox"/> سایر توضیحات:			
	روحي و روانی:	ظاهر کلی: مرتب <input type="checkbox"/> ژولیده <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید: <input type="checkbox"/> آیا ظاهر کلی بیمار با سن تقویمی او تناسب دارد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
ارزیابی سابقه سلامت و بیماری	وضعیت رفتاری:	آرام <input type="checkbox"/> بی قرار <input type="checkbox"/> پرخاشگر <input type="checkbox"/> سایر: <input type="checkbox"/> سابقه اقدام به خودکشی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> سابقه آسیب به خود و دیگران: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>			
	سایر سیستم ها:	وجود مشکل: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ذکر سیستم و مشکل:			
ارزیابی سابقه سلامت و بیماری	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو

فرم ارزیابی اولیه پرستاری
INITIAL NURSING ASSESSMENT SHEET

محدودیت ها و تواناها	<p>۱ - محدودیت ها: شنوایی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ به ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا : بینایی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ به ذکر نوع محدودیت و چشم مبتلا: نقص و قطع عضو: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ به ذکر نوع نقص و اندام مربوطه: (نام ببرد) ۲- وسایل کمکی و پروتزها: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> بر اساس موارد زیر مشخص نمایید. عصا <input type="checkbox"/> واکر <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/> چوب زیربغل <input type="checkbox"/> پروتز اندام <input type="checkbox"/> دندان مصنوعی <input type="checkbox"/> پروتز چشمی <input type="checkbox"/> سمک <input type="checkbox"/> عینک <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> با ذکر نام ۳- توانایی استفاده از زنگ احضار پرستار: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۴- انجام فعالیت روزانه زندگی: غذا خوردن: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک) لباس پوشیدن: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک) استحمام: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک) دستشویی رفتن: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک) تحرک و جابجایی: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک)</p>
	<p>وزن: <input type="checkbox"/> قد: <input type="checkbox"/> نمایه توده بدنی بزرگسال (BMI): <input type="checkbox"/> زد اسکور نمایه توده بدنی (کمتر از ۱۹ سال): <input type="checkbox"/></p> <p>(۱) آیا در بیمار بزرگسال، BMI کمتر از ۲۰ است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> در بیمار کمتر از ۱۹ سال، زد اسکور نمایه توده بدنی کمتر از ۲- یا بیشتر از ۲+ است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>(۲) آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته کاهش وزن ناخواسته داشته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>(۳) آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی اشتها یا کاهش دریافت غذا به هر دلیل شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>(۴) آیا بیماری فرد از نوع بیماریهای ویژه (رجوع به راهنما) است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>نتیجه ارزیابی: *ارجاع به کارشناس تغذیه لازم است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>*در صورتی که حتی یک «بله» در جدول علامت خورده باشد یا بیمار بیش از یک هفته در بیمارستان بستری باشد لازم است با اطلاع پزشک، اطلاع رسانی به کارشناس تغذیه برای مشاوره و ارزیابی تخصصی انجام شود. در مادران باردار علاوه بر موارد فوق، وجود دیابت، پره اکلامپسی و اکلامپسی (فشار خون بالا) مورد تاکید است</p>
ارزیابی وضعیت تغذیه ای	<p>*ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>
	<p>ارزیابی احتمال خطر سقوط: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>
غیربالگری و بررسی درد	<p>در صورت وجود درد از صفر تا ده نمره درد بیمار چند است؟ محل درد: طول مدت: مداوم <input type="checkbox"/> متناوب <input type="checkbox"/> روش های تسکین درد: دارویی (ذکر نام دارو): غیردارویی ذکر روش: تاثیر درد روی فعالیت بیمار: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p>
*ارزیابی نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی	<p>*بیمار جزء گروه های پرخطر اجتماعی (رجوع به راهنما) می باشد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> *مشکل در پرداخت هزینه های درمان (مصدومین ترافیکی، مصدومین شغلی، فاقد بیمه، اتباع غیر ایرانی): دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> *حضور همراه موثر: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> *ارجاع از ارگانهای قضایی و حمایتی: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> *بدون مشکل <input type="checkbox"/></p>
ارزش های مذهبی و فرهنگی	<p>ارزشهای مذهبی و فرهنگی بیمار / خانواده که بر روی روند درمان یا آموزش تاثیر گذار باشد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت جواب بله توضیح دهید.</p>
نیاز های آموزشی و خود مراقبتی	<p>آیا بیمار تمایل به یادگیری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا بیمار توانایی یادگیری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت جواب خیر نزدیکترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش:</p> <p>موانع یادگیری: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام ببرد:</p> <p>ذکر نیازهای آموزشی بیمار در بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده:</p>
بررسی بیشتر	<p>آیا بیمار نیاز به بررسی های جامع تر ذیل دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت بله موارد مشخص شود) مددکاری <input type="checkbox"/> تغذیه ای <input type="checkbox"/> بازتوانی <input type="checkbox"/> روانپزشکی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/></p>
سطح مراقبتی	<p>سطح ۱ <input type="checkbox"/> سطح ۲ <input type="checkbox"/> سطح ۳ <input type="checkbox"/> سطح ۴ <input type="checkbox"/> سطح ۵ <input type="checkbox"/></p>
تشخیص های پرستاری بدو ورود با توجه به ارزیابی اولیه:	<p>۱ - ۲ - ۳ -</p> <p>نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار ساعت پایان ارزیابی تاریخ</p>