

# 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 کودک و نوجوان در بخش روان INITIAL PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT SHEET

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

اطلاعات پایه

ساعت ورود به بخش: ساعت شروع ارزیابی:

علائم حیاتی بد ورود: BP: PR: RR: T:

نحوه ورود: با پای خود  صدلی چرخدار  برانکار  در آغوش  سایر  نام ببرید: .....

منبع اطلاعات: کودک  والدین  سایر  نام ببرید: .....

لوله و اتصالات بیمار (IV، استومی و...) ذکر نام و محل: .....

وضعیت ارتباطی

سطح هوشیاری: هوشیار  گیجی  خواب آلوده  بدون پاسخ  سایر  نام ببرید: .....

زبان و نوع گویش در صورت رسیدن به سن تکلم: نیاز به مترجم دارد: بله  خیر  همکاری: دارد  ندارد  یا ذکر دلیل: .....

ارتباط کلامی در صورت رسیدن به سن تکلم: ۱- تن صدا: طبیعی  بلند  آهسته  ۲- سرعت تکلم: طبیعی  زیاد  کم  با تاخیر  فشار تکلم ۳- میزان تکلم: طبیعی  پر حرف  کم حرف  فقر کلام  خاموشی  ۴- اختلال تکلم: لکنت زبان  دیسفونی  سایر: .....

وضعیت عمومی

ظاهر کلی: مرتب  ژولیده  سایر  نام ببرید: .....

در صورت وجود زخم و آثار جراحی، کبودی، اسکار، خالکوبی، موقعیت آناتومیک آن ذکر شود: .....

سایر مشکلات پوست از قبیل وجود (شپش، گال و...) خیر  بله  نام ببرید: .....

وضعیت روانی و حرکتی: طبیعی  کاتاتونیا  سختی و سختی  انعطاف مومی شکل  تیک  سایر  نام ببرید: .....

بزرگی وضعیت

خلق: طبیعی  تحریک پذیر  پرخاشگر  سرخوشی (خلق بالا)  سایر  نام ببرید: .....

عاطفه: متناسب  نامتناسب  کند  محدود  سطحی  بی ثبات  بی تفاوتی  سایر  نام ببرید: .....

هذیان: دارد  ندارد  \* نوع آن: .....

\*هذیون: دارد  ندارد  \*هذیون: دارد  ندارد  نام ببرید: .....

\*توهم: دارد  ندارد  نوع آن: .....

\*شنوایی: بینایی  بویایی  سایر  نام ببرید: .....

آگاهی

\*اختلال موقعیت سنجی: غیر قابل ارزیابی  ندارد  دارد  مشخص کنید: مکان  زمان  افراد  \* تمرکز: غیر قابل ارزیابی  دارد  ندارد

\*اختلال حافظه: غیر قابل ارزیابی  ندارد  دارد  مشخص کنید: فوری  نزدیک  دور  \* بینش: غیر قابل ارزیابی  دارد  ندارد  نسبی

ارزیابی خطر آسیب به خود و دیگران

با توجه به سن تکاملی اطفال: غیر قابل ارزیابی  قابل ارزیابی

سابقه آسیب به خود (خود زنی): ندارد  دارد  سابقه آسیب به دیگران: ندارد  دارد  سابقه خودکشی: ندارد  دارد

روش انجام خودکشی های قبلی: ..... افکار خودکشی: ندارد  دارد  نیاز به ارزیابی مهار فیزیکی و شیمیایی: ندارد  دارد

تاریخچه سلامت و بیماری

شکایات اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار / والدین): .....

علت بستری (تشخیص اولیه پزشک معالج): .....

سابقه بستری: ندارد  دارد  تاریخ آخرین بستری: .....

سابقه بستری: سابقه بستری: ندارد  دارد  در صورت داشتن سابقه نام بیماری: .....

سابقه بیماری (جسم / روان / اختلال مادرزادی) ندارد  دارد  سابقه بیماری در خانواده (جسم / روان): خیر  بله  نام بیماری / بیماریها: .....

سابقه انجام واکسیناسیون در کودکان زیر ۵ سال (کپی کارت واکسن ضمیمه شود): کامل  نا کامل

عادات و عوامل خطر \*سوء مصرف دارو  سوء مصرف مواد مخدر  مصرف الکل  مصرف سیگار  مصرف قلیان  سایر  نام ببرید: .....

\*خواب و استراحت: ۱- میزان خواب و استراحت در ۲۴ ساعت: .....

- مشکلات خواب: ندارد  دارد  نام ببرید: .....

حساسیت ها

حساسیت دارویی: خیر  بله  نمی داند  نوع دارو: .....

حساسیت غذایی: خیر  بله  نمی داند  نوع غذا: .....

حساسیت به سایر موارد را نام ببرید: .....

محور	وجود مشکل / وضعیت خاص	ذکر مشکل یا وضعیت خاص
تنفس (الگوی تنفس / ترشحات / ارال ...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
قلب و عروق (نبض و...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
پوست (حرارت، رطوبت، تمامیت، زخم و...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
گوارش و دفع (یبوست / اسهال / بی اختیاری ...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
ادراری (بی اختیاری / احتیاس / دیزوری و...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
سایر سیستم ها	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	

فرم ارزیابی اولیه پرستاری کودک و نو جوان در بخش روان  
INITIAL PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT SHEET

نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو																				
<p>۱- محدودیت ها (موارد زیر بر اساس سن بیمار ارزیابی می گردد):</p> <p>- شنوایی: غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا .....</p> <p>- بینایی: غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و چشم مبتلا .....</p> <p>- نقص و قطع عضو: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع نقص و اندام مربوطه .....</p> <p>۲- وسایل کمکی و پروتزها: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> بر اساس موارد زیر مشخص نمایید.</p> <p>عصا <input type="checkbox"/> واکر <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/> چوب زیربغل <input type="checkbox"/> پروتز اندام <input type="checkbox"/> پروتز چشمی <input type="checkbox"/> سمعک <input type="checkbox"/> عینک <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید: .....</p> <p>۳- انجام فعالیت روزانه زندگی:</p> <table border="0"> <tr> <td>غذا خوردن:</td> <td>مستقل <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>لباس پوشیدن:</td> <td>مستقل <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>حمام کردن:</td> <td>مستقل <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>دستشویی رفتن:</td> <td>مستقل <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>تحرک و جابجایی:</td> <td>مستقل <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>							غذا خوردن:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>	لباس پوشیدن:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>	حمام کردن:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>	دستشویی رفتن:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>	تحرک و جابجایی:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>
غذا خوردن:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>																							
لباس پوشیدن:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>																							
حمام کردن:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>																							
دستشویی رفتن:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>																							
تحرک و جابجایی:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>																							
<p>وزن (Kg): <input type="checkbox"/> قد (Cm): <input type="checkbox"/> مکمل های مورد استفاده: مولتی ویتامین / Vit A&amp;D <input type="checkbox"/> مکمل آهن <input type="checkbox"/> سایر مکمل ها <input type="checkbox"/></p> <p>- سن زیر ۵ سال: زد اسکور وزن برای قد کودک در چه محدوده ای قرار دارد؟ کمتر از ۲- <input type="checkbox"/> بیشتر از ۲+ <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/></p> <p>- سن بالای ۵ سال: زد اسکور نمایه توده بدنی کودک در چه محدوده ای قرار دارد؟ کمتر از ۲- <input type="checkbox"/> بیشتر از ۲+ <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/></p> <p>- آیا کودک طی ۳ ماه اخیر کاهش وزن یا عدم افزایش وزن داشته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>- آیا کودک دچار بی اشتها یا کاهش مصرف غذا می باشد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>- آیا کودک رژیم غذایی خاصی دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورتی که پاسخ بله است نوع آن درج گردد: .....</p> <p>کودک کدامیک از شرایط یا بیماریهای زیر را دارد: سوءتغذیه <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> سوختگی <input type="checkbox"/> بیماریهای کلیوی <input type="checkbox"/> بیماری های غدد و متابولیک <input type="checkbox"/> بیماری های گوارشی و کبدی <input type="checkbox"/> کاندید عمل جراحی مازور <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/></p> <p>*نتیجه ارزیابی: مراجعه 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 صورت وجود هر یک از شرایط زیر، اطلاع رسانی به کارشناس تغذیه جهت انجام مشاوره با اطلاع پزشک، لازم است: زد اسکور کمتر از ۲- یا بیشتر از ۲+ در هر گروه سنی، پاسخ بله به یکی از سوالات و یا وجود یکی از بیماری ها با شرایط فوق الذکر</p>																										
<p>ارزیابی احتمال ابتلا به زخم فشاری: در صورت وجود زخم فشاری موقعیت آناتومیک آن بر اساس راهنما قید شود. احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>																										
<p>ارزیابی احتمال سقوط: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>																										
<p>چهره کودک منطبق بر کدام شکل های زیر است؟</p> <p>روش های تسکین درد: <input type="checkbox"/> دارویی (ذکر نام دارو) <input type="checkbox"/> غیردارویی (ذکر روش)</p>  <p>0 None 1 2 Mka 3 4 5 Moderato 6 7 8 Severa 9 10</p> <p>No Hurt Hurts little bit Hurts little more Hurts even more Hurts whole lot Hurts worst</p>																										
<p>نشانه های کودک آزاری: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> وجود کبودی های متعدد بر روی پوست، آثار سوختگی و زخم، ترس کودک از والدین یا همراه، تلاش والدین یا همراهان برای پوشاندن محل جراحات، همراه بودن مدارک شناسایی با کودک به قصد فرار از منزل، کودک تنها... ذکر شود .....</p>																										
<p>*بیمار جزء گروه های پرخطر اجتماعی (رجوع به راهنما) می باشد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>*مشکل در پرداخت هزینه های درمان (مصدومین ترافیکی، مصدومین شغلی، فاقد بیمه، اتباع غیر ایرانی): دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>*حضور همراه موثر: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نسبت با بیمار: ..... *ارجاع از ارگانهای قضایی و حمایتی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> *بدون مشکل <input type="checkbox"/></p>																										
<p>ارزشهای مذهبی و فرهنگی والدین/ همراه بیمار که بر روی روند درمان یا آموزش تاثیر گذار باشد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> در صورت جواب بله توضیح دهید.</p>																										
<p>نیازهای آموزشی خود مراقبتی بیمار: آیا والدین/ همراه بیمار تمایل به یادگیری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا والدین/ همراه بیمار توانایی یادگیری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت جواب خیر نزدیکترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش: ..... موانع یادگیری وجود دارد: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> (در صورت بله موارد مشخص شود) ذکر نیازهای آموزشی بیمار و خانواده در بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده:</p>																										
<p>بررسی بیشتر: آیا بیمار نیاز به بررسی های جامع تر دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <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>																										
<p>سطح مراقبتی: 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>																										
<p>تشخیص های پرستاری بدو ورود با توجه به ارزیابی اولیه:</p> <p>۱- ۲- ۳-</p>																										
<p>نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار ساعت پایان ارزیابی تاریخ</p>																										