

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

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:	BP: PR: RR: T:
	علائم حیاتی بدو ورود: با پای خود <input type="checkbox"/> صدلی چرخدار <input type="checkbox"/> برانکارد <input type="checkbox"/> درآغوش <input type="checkbox"/> انکوباتور <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید <input type="checkbox"/>	منبع اطلاعات: کودک <input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> سایر نام ببرید <input type="checkbox"/>
	لوله و اتصالات بیمار (IV، استومی، لوله تراشه و...) ذکر نام و محل	

وضعیت ارتباطی	سطح هوشیاری: هوشیار <input type="checkbox"/> خواب آلوده <input type="checkbox"/> گیج <input type="checkbox"/> بدون پاسخ <input type="checkbox"/>	* آگاهی به زمان، مکان و شخص: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> غیرقابل ارزیابی <input type="checkbox"/>
	زبان و نوع گویش: عدم رسیدن به سن تکلم <input type="checkbox"/> نیاز به مترجم دارد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نحوه صحبت کردن در صورت رسیدن به سن تکلم: واضح <input type="checkbox"/> اشکال در تکلم <input type="checkbox"/> عدم توانایی در صحبت کردن <input type="checkbox"/> با اشاره <input type="checkbox"/>

بررسی تاریخچه سلامت و بیماری	شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار / والدین):	علت بستری (تشخیص اولیه پزشک معالج):
	سابقه بستری: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> تاریخ آخرین بستری:	علت آخرین بستری:
	سابقه بیماری در خانواده: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام بیماری:	سابقه بیماری: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> در صورت داشتن سابقه نام بیماری:
	سابقه انجام واکسیناسیون در کودکان زیر ۵ سال (کبی کارت واکسن ضمیمه شود): کامل <input type="checkbox"/> نا کامل <input type="checkbox"/>	نسبت فرد با بیمار ذکر شود
	سابقه سوء مصرف دارو و مواد مخدر: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ذکر نوع دارو و یا مواد مخدر:	
	سابقه ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
	سابقه واکنش به ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نوع واکنش:	
	خواب و استراحت: ۱- میزان خواب در ۲۴ ساعت: ۲- مشکلات خواب: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نام ببرید	

حساسیت ها	حساسیت دارویی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نوع دارو:	نوع واکنش:
	حساسیت غذایی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نوع غذا:	نوع واکنش:
	حساسیت شیر خشک: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نوع شیر خشک:	نوع واکنش:
	حساسیت به سایر موارد را نام ببرید:	

ارزیابی سیستم ها	۱. عصبی: سرگیجه <input type="checkbox"/> عدم تعادل <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> کرختی و بیحسی <input type="checkbox"/> مردمک ها: قرینه <input type="checkbox"/> غیر قرینه <input type="checkbox"/> سایر توضیحات:
	۲. 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:
	۳. تنفسی: بدون مشکل <input type="checkbox"/> تنفس عمیق <input type="checkbox"/> سریع <input type="checkbox"/> سطحی <input type="checkbox"/> آهسته <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"/> هموپتری <input type="checkbox"/> کلاپینگ <input type="checkbox"/> اکسیژن تراپی <input type="checkbox"/> سایر توضیحات:
	۴. گوارش: رژیم غذایی خاص: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام ببرید
	۵. 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:
	۶. 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:
	۷. اسکلتی عضلانی: بدون مشکل <input type="checkbox"/> گزگز <input type="checkbox"/> فلج <input type="checkbox"/> اسکلیوز <input type="checkbox"/> سایر توضیحات:
	۸. روحی و روانی: وضعیت رفتاری: آرام <input type="checkbox"/> مضطرب <input type="checkbox"/> پرخاشگر <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید
	۹. سایر سیستم ها: وجود مشکل: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سابقه آسیب به خود و دیگران: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> مشاهده رفتارهای خاص (گریه بیش از حد، جویدن ناخن، بی اختیاری و...): بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو

فرم ارزیابی اولیه کودک

INITIAL PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT SHEET

محدودیت ها و ناتوانی ها	<p>۱ - محدودیت ها (موارد زیر بر اساس سن بیمار ارزیابی می گردد):</p>
	<p><b>شنوایی:</b> 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><b>بینایی:</b> 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><b>نقص و قطع عضو:</b> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع نقص و اندام مربوطه (نام ببرید) .....</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"/> با ذکر نام .....</p>	
<p>۳ - توانایی به صدا درآوردن زنگ احضار پرستار: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۴ - انجام فعالیت روزانه زندگی:</p>	
<p>غذا خوردن: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></p>	
<p>لباس پوشیدن: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></p>	
<p>حمام کردن: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></p>	
<p>دستشویی رفتن: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></p>	
<p>تحرک و جابجایی: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></p>	
<p>وزن (Kg): ..... قد (Cm): ..... مکملهای مورد استفاده: مولتی ویتامین / vit A&amp;D <input type="checkbox"/> مکمل آهن <input type="checkbox"/> سایر مکمل ها <input type="checkbox"/></p>	
<p>-در 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>-در 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:</p>	
<p>سوء تغذیه <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> سوختگی <input type="checkbox"/> بیماریهای کلیوی <input type="checkbox"/> بیماریهای غدد و متابولیک <input type="checkbox"/> بیماریهای 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 بیماریها با شرایط فوق الذکر</p>	
<p>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 ابتلا به زخم فشاری</p>	
<p>ارزیابی احتمال سقوط: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>	
ارزیابی احتمال سقوط	
<p>چهره کودک منطبق بر کدام شکل های زیر است؟</p>	
<p>روش های تسکین درد:</p>	
<p>دارویی (ذکر نام دارو)</p>	
<p>غیردارویی (ذکر روش)</p>	
<p>تأثیر درد بر فعالیت بیمار: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>	
غربالگری و بررسی تسکینی	
<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 و...) ذکر شود .....</p>	
نشانه های کودک آزاری	
<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: 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>	
ارزیابی نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی	
<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"/></p>	
ارزشهای مذهبی فرهنگی	
<p>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: .....</p>	
<p>موانع یادگیری وجود دارد: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> (در صورت بله موارد مشخص شود) .....</p>	
<p>ذکر نیاز های آموزشی بیمار و خانواده در بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده: .....</p>	
نیازهای آموزشی مراقبتی بیمار	
<p>یا بیمار نیاز به بررسی های جامع تر ذیل دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> (در صورت بله موارد مشخص شود) مددکاری <input type="checkbox"/> تغذیه ای <input type="checkbox"/> باز توانی <input type="checkbox"/> روانپزشکی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/></p>	
بررسی بیشتر	
<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>	
سطح مراقبتی	
<p>تشخیص های پرستاری بدو ورود با توجه به ارزیابی اولیه:</p>	
-۱ -۲ -۳	
<p>نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار</p>	
<p>ساعت پایان ارزیابی:</p>	
<p>تاریخ:</p>	