|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **شماره پرونده** : Unit number | | |  | | |
| **نام خانوادگي**: Family Name | | | **نام**: Name | **بخش**: Ward  **اتاق**: Room  **تخت**: Bed | **پزشك معالج**: Attending Physician |
| **نام پدر**: Father Name | | | **تاريخ تولد**: Date of Birth |
| **تاريخ پذيرش**: Date of Admission |
| **اطلاعات پايه** | **ساعت ورود به بخش: ساعت شروع ارزیابی:**  **میزان تحصیلات:** .................................... **دین:** ..............................  **وضعیت تاهل:** مجرد⬜ متاهل⬜ سایر⬜ نام ببرید ........................  **بیماران خانم:** **وضعیت بارداری:** بله⬜ خیر ⬜ **وضعیت شیر دهی:** بله⬜ خیر ⬜  **منبع اطلاعات:** بیمار⬜همراه⬜ ( با ذکر نسبت)...............................  **مشخصات فردی که در مواقع ضروری بتوان با او تماس گرفت**(نام و شماره تماس)........................  **علائم حیاتی بدو ورود:** BP: PR: RR: T:  **نحوه ورود** **:** با پاي خود⬜ صندلي چرخدار ⬜ برانكارد ⬜ ساير ⬜ نام ببرید ...................................  **لوله و اتصالات بیمار** ( IV ، استومی،لوله تراشه و...)ذکر نام و محل .................................... | | | | |
| **وضعيت ارتباطي** | **سطح هوشياري** : هوشيار ⬜ خواب آلوده ⬜ گيج ⬜ بدون پاسخ ⬜ **آگاهي به زمان و مكان و شخص:** دارد ⬜ ندارد ⬜  **زبان و نوع گویش:** ................................. **نياز به مترجم دارد:** بله ⬜ خير⬜  **نحوه صحبت كردن :** واضح ⬜ اشکال در تکلم ⬜ عدم توانائي در صحبت كردن ⬜ با اشاره ⬜  **وضعیت همکاری** : دارد ⬜ ندارد ⬜ با ذکر دلیل .................................. | | | | |
| **بررسی تاریخچه سلامت و بیماری** | **شكايت اصلي/ علت مراجعه بيمار** (بیان مشکل از زبان بیمار) : **علت بستری**(تشخیص اولیه پزشک معالج)**:**  **سابقه بستری :** ندارد ⬜دارد⬜تاریخ آخرین بستری: .......................... علت آخرین بستری: ..........................................  **سابقه جراحی:**  ندارد ⬜دارد⬜ذکر نوع عمل جراحی: ......................................  **سابقه بیماری ( جسمی/ روانی/ اختلال مادر زادی )** ندارد ⬜ دارد⬜درصورت داشتن سابقه نام بیماری: ....................................................................................  **سابقه بیماری در خانواده ( جسمی و روانی):** خیر ⬜ بله ⬜ نام بیماری..................................... نسبت فرد با بیمار ذکر شود.................................  **سابقه ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی:** خیر ⬜ بله ⬜  **سابقه واکنش به ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی:**  خیر⬜ بله ⬜ ذکر نوع واکنش : ............................ نمی داند ⬜  **عادات و عوامل خطر** :\*سوء مصرف دارو ⬜ سوء مصرف موادمخدر ⬜ مصرف الكل ⬜ مصرف سيگار ⬜ مصرف قليان⬜ سابقه كار با مواد شيميائي⬜ سابقه كاردرمعدن⬜ داشتن حیوان خانگی ⬜ سایر ⬜ نام ببرید: .......................................  **خواب و استراحت :**1- میزان خواب: طبیعی ⬜ کمتر از حد طبیعی(کمتر از 5 ساعت) ⬜ بیشتر از حد طبیعی ( بیشتر از 8 ساعت) ⬜  2- مشکلات خواب: ندارد ⬜ دارد ⬜ نام ببرید................................ | | | | |
| **حساسيت** | **دارويي : خير□ بله□ نوع دارو** .............................................................................................. نوع واکنش.........................................................................................  **غذايي: خير□ بله□ نوع غذا** ............................................................................................. نوع واکنش........................................................................................  **حساسيت به ساير موارد :** ........................................................................................ | | | | |
| **ارزیابی سیستم ها** | | 1. **عصبی:** سرگیجه⬜ عدم تعادل⬜ سردرد⬜ تشنج ⬜ کرخی و بیحسی⬜ **مردمک ها:** قرینه ⬜ غیر قرینه⬜ سایر توضیحات: ............................... 2. **قلبی و عروقی: نبض:** سینوسی⬜ تاکی کاردی⬜ برادیکاری⬜ سیانوز ⬜ واریس⬜ ادم⬜سایر توضیحات .............................. 3. **تنفسی:** بدون مشکل ⬜تنفس⬜ عميق⬜ سريع⬜ سطحي⬜ آپنه⬜ سرفه ⬜ خلط ⬜ ديس پنه ⬜در زمان استراحت⬜ ارتوپنه ⬜ سيانوز ⬜ هموپتزی⬜ كلابينگ ⬜   اكسيژن تراپي ⬜ ساير توضيحات... ....................   1. **گوارش:** رژیم غذایی خاص: خیر ⬜ بله ⬜ نام ببرید ................................. شکایت از : تهوع⬜ استفراغ ⬜ اختلال بلع ⬜ اسهال ⬜ یبوست⬜ نفخ⬜سایرتوضیحات................................. 2. **ادراری تناسلی:** بدون مشکل⬜پلی اوری⬜ اولیگوری⬜ سوزش ادرار ⬜ تکرر ادرار ⬜ هماچوری⬜ عفونت⬜ دیالیز ⬜ سایر موارد⬜ نام ببرید: ....................................... 3. **پوست** : بدون مشکل⬜ **رنگ پوست:** سيانوز⬜ رنگ پريده⬜ زرد⬜  **درجه حرارت پوست:** گرم⬜ سرد⬜ تعريق⬜  **تورگور پوست:** طبيعي⬜ ضعيف⬜ زخم⬜   ترشحات⬜ ساير توضيحات..................   1. **اسکلتی عضلانی:** بدون مشکل⬜ گزگز⬜فلج⬜ اسکلیوز⬜ سایر توضیحات..................................................... 2. **روحی و روانی**  **ظاهر كلي:** مرتب ⬜ ژولیده ⬜ سایر ⬜ نام ببرید: .............................. **آیا ظاهر کلی بیمار با سن تقویمی او تناسب دارد :** بله ⬜ خیر⬜   **وضعیت رفتاری:** آرام⬜ بی قرار ⬜ پرخاشگر ⬜ سایر: ......................... **سابقه اقدام به خودکشی:** دارد⬜ ندارد⬜ **سابقه آسیب به خود و دیگران:** دارد⬜ ندارد⬜   1. **سایر سیستم ها: وجود مشکل:** بله⬜ خیر⬜ ذکرسیستم و مشکل: ..................................................... | | | |
|  | | **ارزیابی تاريخچه دارویی در فرم تلفيق داروئي ثبت شود** | | | |

کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت – G3- 10/96

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **محدودیت ها و توانایها** | **1 - محدودیت ها:**  **شنوایی**: خیر⬜ بله ⬜ در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا :  **بینایی:** خیر⬜ بله ⬜ در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و چشم مبتلا:  **نقص و قطع عضو:** بله⬜ خیر ⬜ درصورت پاسخ بله ذکر نوع نقص واندام مربوطه: (نام ببرید)  **2- وسایل کمکی و پروتز ها:** ندارد ⬜ دارد ⬜بر اساس موارد زیر مشخص نمایید.  عصا⬜ واکر ⬜ ویلچر⬜ چوب زیربغل⬜ پروتز اندام ⬜ دندان مصنوعی ⬜ پروتزچشمی ⬜ سمعک ⬜ عینک ⬜ سایر ⬜ با ذکر نام ..............................  **3- توانایی استفاده اززنگ احضارپرستار:**  بله ⬜ خیر ⬜  **4- انجام فعالیت روزانه زندگی:**  غذا خوردن : مستقل ⬜ وابسته(نیازمند کمک) ⬜  لباس پوشیدن : مستقل ⬜ وابسته(نیازمند کمک) ⬜  استحمام : مستقل ⬜ وابسته(نیازمند کمک) ⬜  دستشویی رفتن : مستقل ⬜ وابسته(نیازمند کمک) ⬜  تحرک و جابجایی مستقل ⬜ وابسته(نیازمند کمک) ⬜ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ارزیابی وضعیت تغذیه ای** | **وزن :** | | **قد :** | | | | **نمایه توده بدنی بزرگسال(BMI):** | | | | | | **زد اسکور نمایه توده بدنی(کمتر از 19 سال):** | | | | |
| 1. آیا در بیمار بزرگسال، **BMI** کمتر از20 است؟ بله⬜ خیر⬜ غیرقابل ارزیابی⬜ در بیمار کمتر از 19سال، زد اسکور نمایه توده بدنی کمتر از 2- یا بیشتر از 2+ است؟ بله ⬜ خیر⬜ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. آیا بیمار طی 3 ماه گذشته **کاهش وزن ناخواسته** داشته است؟ بله⬜ خیر ⬜ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. آیا بیمار طی هفته گذشته دچار **بی اشتهایی** یا **کاهش دریافت غذا** به هر دلیل شده است؟ بله⬜ خیر⬜ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. آیا بیماری فرد از نوع **بیماریهای ویژه** (رجوع به راهنما) است؟ بله⬜ خیر ⬜ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نتیجه ارزیابی\*: ارجاع به کارشناس تغذیه لازم است؟ بله ⬜ خیر⬜ ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است؟ بله ⬜ خیر ⬜  \*در صورتی که حتي يك «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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری** | **در صورت وجود زخم فشاری موقعیت آناتومیک آن بر اساس راهنما قید شود.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ارزيابي زخم بستر BRADEN | سطح هوشياري  1 تا 4 | | رطوبت پوست  1 تا 4 | | فعاليت فيزيكي  1 تا 4 | | | توانايي در تغيير پوزيشن 1 تا 4 | تغذيه  1 تا 4 | اصطكاك و سايش پوست بدن 1 تا 3 | | | ريسك بالا: كمتر از 13 ............ ريسك متوسط: 13-14  ريسك پايين: بيشتر از 15 | | | |
|  | |  | |  | | |  |  |  | | | امتياز كل: | | | |
| احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری: ندارد⬜ دارد⬜ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ارزيابي احتمال سقوط از تختMORSE** | سابقه سقوط قبلي | | | | 20 |  | | استفاده از ابزار حركتي :  ( پرستار ثابت دارد، استراحت در تخت، عدم استفاده از وسايل كمكي= 0) | | | | ويلچر | | | 30 |  | ريسك بالا=45 و بالاتر  ريسك متوسط =25-45  ريسك پايين = 22 |
| بيماري زمينه اي، ديابت، سرگيجه، فشارخون بالا | | | | 15 |  | | واكر، عصا، چوب زير بغل | | | 15 |  |
| سرم يا هپارين لاك | | | | 20 |  | | وضعيت حركتي :  ( بدون مشكل، استراحت مطلق، بدون حركت= 0 ) | | | | مختل ( غير متعادل، مشكل در بلند شدن) | | | 20 |  |
| وضعيت ذهني | | | | 15 | | | ضعف ( با كمك دستان) تعادل خود را حفظ مي كند | | | 10 | | امتياز مكتسبه: |
| احتمال خطر سقوط: ندارد⬜ دارد⬜ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **غربالگری و بررسی درد** | در صورت وجود درد از صفر تا ده چه نمره اي به درد خود مي دهيد ؟.....................................  C:\Documents and Settings\Administrator\Desktop\images.jpg  در كودكان مقياس شكلي ارائه گردد.  محل درد: ...........................  طول مدت: مداوم ⬜ متناوب ⬜  روشهاي تسكين درد :  دارويي بله □ نوع دارو.......................... تاثير : ....................  غير دارويي بله□ روش.................تاثير .....................................  تاثير درد روي فعاليت بيمار: دارد ⬜ ندارد ⬜ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ارزیابی نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی** | بیمار جزء گروه های پرخطر اجتماعی(رجوع به راهنما) می باشد: بله⬜ خیر⬜  مشکل در پرداخت هزینه های درمان(مصدومین ترافیکی،مصدومین شغلی، فاقد بیمه، اتباع غیر ایرانی): دارد ⬜ ندارد⬜  حضور همراه موثر: بله ⬜ خیر⬜  ارجاع از ارگانهای قضایی و حمایتی: بله ⬜ خیر⬜ بدون مشکل ⬜ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ارزش های مذهبی و فرهنگی | ارزشهای مذهبي و فرهنگي بیمار /خانواده كه بر روي روند درمان يا آموزش تاثير گذار باشد: بله ⬜ خير ⬜ غیر قابل ارزیابی⬜  در صورت جواب بله توضيح دهيد. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نیاز های آموزشی و خود مراقبتی | آیا بیمار تمایل به یادگیری دارد؟ بله ⬜ خیر ⬜ آیا بیمار توانایی یادگیری دارد؟ بله ⬜ خیر ⬜ در صورت جواب خیر نزدیکترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش: .............................  موانع یادگیری: خیر ⬜ بله ⬜ نام ببرید: ...............................  اجراي نیاز سنجي آموزشی و ثبت آموزش به بیمار و خانواده در فرم ثبت آموزش بدو ورود و حين بستري انجام شود. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| بررسی بیشتر | آيا بيمار نياز به بررسي هاي جامع تر ذيل دارد ؟  مديريت درد□ تغذيه□ روانپزشكي□ دندانپزشكي□ چشم پزشكي□ شنوايي سنجي □ ساير موارد ................ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| سطح مراقبتي | **يك□ دو□ سه□ چهار□ پنج □** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تشخیص های پرستاری بدو ورود با توجه به ارزیابی اولیه:   1. **نام و امضاء پرستار :** 2. ساعت پایان ارزیابی **تاريخ:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |