

به نام مهر بانترین

# راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری

زهرا قربانی-سوپروایزر آموزش سلامت

## کلیات:

ارزیابی بیمار جزء کلیدی عملکرد پرستاری است. ارزیابی، شناسایی نیازها، ترجیحات و تواناییهای بیمار توسط پرستار است که شامل مصاحبه با بیمار، مشاهده و در نظر گرفتن علائم و نشانه های بیمار است. ارزیابی پایه و اساسی علمی برای طراحی و تامین مراقبت بیمار و خانواده محور تامین می کند. منظور از ارزیابی اولیه بررسی جامع از وضعیت جسمی، روحی اجتماعی، فرهنگی و شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار در بدو بستری است که چارچوبی برای تعیین و شناسایی نیازها و مشکلات بالینی بیمار به منظور برنامه ریزی مراقبت جامع و موثر تعیین می کند.

این راهنما در برگیرنده اصول تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری بیمار بزرگسال می باشد که بعد از ابلاغ لازم الاجرا می باشد.

**هدف کلی:** اطمینان از انجام صحیح و به موقع ارزیابی اولیه بیماران بستری به منظور تعیین و شناسایی نیازها و مشکلات بالینی و طراحی برنامه

مراقبت

### **اهداف اختصاصی**

✓ ارزیابی سلامت بیمار در کلیه ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی

✓ یکپارچه سازی فرم ها و ابزارهای ارزیابی تغذیه ای، زخم فشاری و سقوط در یک فرم

## اصول کلی ثبت در فرم ارزیابی اولیه بیمار

۱. ارزیابی اولیه باید برای تمامی بیماران بزرگسال بخش های بستری انجام شود. ارزیابی بیماران روان، کودک بر اساس فرم های ویژه این بخش ها انجام خواهد شد.
۲. در بخش اورژانس ملاک ارزیابی بیمار تریاژ است لذا نیاز به ارزیابی جامع پرستاری و تکمیل فرم ارزیابی اولیه نخواهد بود. و در صورت انتقال بیمار از اورژانس به بخش باید در اولین بخش بستری ارزیابی اولیه انجام شود.
- \*تبصره: فقط در صورتی که بیماری به علت خالی نبودن تخت و عدم تعیین تکلیف در بخش اورژانس بستری گردد انجام ارزیابی اولیه بیمار و تکمیل فرم آن در اورژانس ضروری است و در اینصورت پس از انتقال به بخش بستری دیگر نیازی به ارزیابی نیست.
۳. ارزیابی اولیه در بخش های دیالیز طبق فرم ارزیابی اولیه ابلاغی وزارت بهداشت به شماره ۴۰۰/۱۱۳۰۹ مورخ ۹۰/۱۲/۱۵ انجام گردد.
۴. ارزیابی اولیه نوزاد بیمار تا تدوین و ابلاغ فرم های مربوطه بر اساس دستورالعملهای ابلاغی معاونت بهداشت انجام گردد.
۵. فرم ارزیابی اولیه در بخش شیمی درمانی سرپایی و تالاسمی سرپایی توسط بیمارستان تدوین گردد.
۶. ارزیابی اولیه باید توسط پرستار کارشناس و با مصاحبه با بیمار و مشاهده و بررسی پرستار تکمیل شود. در صورتی که به هر علتی امکان کسب اطلاعات قابل اعتماد از بیمار ( جسمی، روحی و روانی )، مصاحبه با یکی از افراد خانواده که دارای بیشترین و دقیقترین اطلاعات در خصوص وضعیت بیمار می باشد انجام می شود.
۷. برای شروع درمان صحیح و سریع ایده ال است که ارزیابی اولیه بلافاصله بدو ورود بیمار به بخش انجام شود. اما با توجه به تفاوت در شرایط درمانی و مراقبتی مورد نیاز بیماران می تواند تا انتهای همان توبت کاری انجام شود.

**\*تبصره:** در موارد خاص از قبیل بدحالی بیمار، بستری بیمار در ساعتهای پایانی نوبت کاری و زمان تحویل نوبت کاری، انجام ارزیابی اولیه می تواند حداکثر تا نوبت کاری بعد انجام یابد.

۸. نتایج حاصل از ارزیابی اولیه بیمار بایستی در فرم ارزیابی اولیه ثبت گردد.

۹. ارزیابی اولیه فقط یکبار در طول بستری بیمار انجام می شود در صورت انتقال بیمار از یک بخش بستری به بخش بستری دیگر نیاز به ارزیابی اولیه بیمار نیست اما ضروری است در بخش جدید در تنظیم برنامه مراقبتی بیمار موارد مندرج در فرم ارزیابی اولیه مد نظر قرار گیرد.  
**\*تبصره:** در صورت انتقال بیمار به بخش روان ضروری است ارزیابی بر اساس فرم های ارزیابی بیمار اعصاب و روان نیز انجام شود.

۱۰. بدیهی است هدف از ارزیابی اولیه بررسی و شناخت وضعیت سلامت و اولویتهای درمانی بدو ورود بیمار می باشد و جایگزین ارزیابی مستمر بیمار در هر نوبت کاری که یکی از ارکان اصلی مراقبت پرستاری است نمی شود.

#### جهت تکمیل فرم ارزیابی :

- قبل از انجام ارزیابی از راحتی محیط ارزیابی و تامین خلوت بیمار اطمینان حاصل نمایید.
- از تمایل بیمار نسبت به حضور اعضای خانواده و همراهانش در زمان ارزیابی اطمینان حاصل نمایید.
- ابتدا خود را به بیمار معرفی (ذکر نام، سمت و نقش در مراقبت) کنید. برای حفظ ادب و احترام شایسته است نام و نسبت تمامی اعضای خانواده حاضر در مصاحبه را نیز بی پرسید.
- هدف و اهمیت مصاحبه و ارزیابی را به بیمار / خانواده توضیح دهید.
- از سوالات باز برای ارزیابی و بررسی بیمار استفاده کنید.
- سوالات را جدا جدا پرسیده و از طرح چند سوال همزمان خودداری فرمایید.
- بر اولویتهای بیان شده و موضوعات مهم بیمار توجه داشته باشید ( مثل سوال مکرر بیمار در خصوص هزینه های درمانی و..)
- به منظور صرفه جویی در زمان و پیشگیری از کسب اطلاعات تکراری و ارزیابی جامع از بیمار ضروری است پرستار علاوه بر ارزیابی اولیه پرستاری برگ پذیرش، خلاصه ترخیص و برگ شرح حال و معاینه بدنی را نیز مطالعه نماید.

## نکات ضروری تکمیل بخش های مختلف فرم

### ۱- بخش اطلاعات پایه:

این بخش حاوی اطلاعات زمینه ای و دموگرافیک بیمار است. که از طریق مصاحبه با بیمار یا همراه و مشاهده و بررسی پرستار تکمیل خواهد شد.

- **ساعت ورود به بخش:** به طور دقیق و با فرمت دیجیتال از صفر(۰۰:۰۰) تا ۲۳:۵۹ درج شود.
- **ساعت شروع ارزیابی:** منظور ساعتی است که پرستار ارزیابی اولیه را آغاز می کند که ضروری است به طور دقیق و با فرمت دیجیتال از صفر(۰۰:۰۰) تا ۲۳:۵۹ درج شود.
- **میزان تحصیلات و دین بیمار:** قید شود.
- **وضعیت تاهل:** وضعیت تاهل بیماران طی مصاحبه و بر اساس موارد مدرج در فرم بررسی و تعیین شود.
- **بیماران خانم:** با توجه به منع انجام بعضی از اقدامات تشخیصی، درمانی و... در دوران بارداری و شیردهی بررسی بیمار از این منظر حائز اهمیت می باشد. در این بخش در صورت باردار بودن و شیردهی بیمار، گزینه بله انتخاب می شود.

- **منبع اطلاعات:** بیمار، خانواده بیمار یا سایر منابع با ذکر آن می باشد که در این قسمت امکان انتخاب بیش از یک مورد وجود دارد.
- **مشخصات فردی که در مواقع ضروری بتوان با او تماس گرفت:** ذکر مشخصات فردی که به تشخیص بیمار یا خانواده در مواقع مورد نیاز کادر پرستاری می توانند با او تماس بگیرند.
- **علائم حیاتی بدو ورود:** علائم حیاتی بدو ورود بیمار با دقت کنترل و درج گردد.
  - T: درجه حرارت
  - RR: تعدا تنفس در دقیقه
  - PR: تعداد نبض در دقیقه
  - BP: میزان فشار خون
- **نحوه ورود بیمار:** نحوه ورود بیمار به بخش را بر مبنای با پای خود، صندلی چرخدار، برانکارد و سایر روش های ورود مشخص نمایید.
- **لوله و اتصالات بیمار:** منظور از لوله و اتصالات مواردی از قبیل IV ، استومی، لوله تراشه، گچ، بخیه، شانت ، آتل، پانسمان، تراکشن، پیس میکر، چست تیوب، سوند ادراری، سوند معده، تراکتوستومی، کاتتر شالدون، cvline ، و... می باشد که در این بخش از ارزیابی بیمار از نظر داشتن هر نوع از اتصالات بررسی و در صورت داشتن هر یک از آنها، نام و محل تعبیه آن را در فرم درج نمایید



## وضعیت ارتباطی

- **وضعیت هوشیاری:** وضعیت هوشیاری بیمار را بررسی و بر اساس موارد هوشیار، خواب آلوده، گیج و بدون پاسخ انتخاب نمایید.
- **آگاهی به زمان و مکان:** آگاهی بیمار به زمان را با پرسشی نظیر "امروز چه روزی از هفته یا چه تاریخی است" و آگاهی به مکان را با پرسشی در خصوص محل انجام ارزیابی بررسی نمایید.
- **زبان و نوع گویش:** منظور از زبان زبانی است که بیمار با آن صحبت می کند. در صورتی که بیمار قادر به صحبت به زبان فارسی و یا زبان رایج منطقه نباشد و جهت ارتباط با کادر درمان نیاز به مترجم داشته باشد، نیاز بیمار به ترجمه را درج نمایید.
- **نحوه صحبت کردن:** حین مصاحبه نحوه تکلم بیمار را از نظر وضوح، اشکال در تکلم، عدم توانایی در صحبت کردن و صحبت با اشاره را بررسی نمایید.
- **توضیحات مربوط به علت عدم همکاری:** اشاره به دلایلی همچون وجود موانع ارتباطی مثل زبان، وضعیت خلقی و عاطفی بیمار و... می باشد.

## ۲- بخش تاریخچه سلامت و بیماری:

این محور بوسیله مصاحبه با بیمار / خانواده او تکمیل میشود.

**شکایت اصلی ( علت مراجعه بیمار):** منظور از شکایت اصلی بیان مشکل و علت مراجعه بیمار به پزشک از زبان خود بیمار یا همراه او می باشد که جهت تکمیل این بند ضروری است عین عبارت بیمار یا همراه وی درج گردد.

دانستن شکایت اصلی بیمار از این جهت مهم است که بیمار در فرایند ارزیابی شکایت های متعددی را بیان می کند که ممکن است ارتباطی به بیماری فعلی او نداشته باشند و موجب انحراف در مسیر تشخیص، درمان و مراقبت او گردد. به همین دلیل ثبت و اهمیت دادن به شکایت اصلی بیمار نقش مهمی در تشخیص بیماری و پیش بینی نیازهای درمانی مراقبتی بیمار پیدا می کند.

**علت بستری:** اشاره به تشخیص اولیه پزشک معالج دارد و در مواردی هم انجام اقدام خاصی مورد نظر است مانند انجام بیوپسی

**سابقه بستری شدن در بیمارستان:** در این قسمت سابقه هر نوع بستری بیمار در بیمارستان بوسیله مصاحبه با بیمار/ خانواده او تکمیل می شود. در صورت وجود سابقه بستری، علت و تاریخ آخرین بستری بیمار درج گردد.

**سابقه جراحی:** در صورت داشتن سابقه جراحی نوع عمل جراحی ذکر شود.

**سابقه بیماری:** در این بخش سابقه بیماریهای جسمی یا روانی مهمی که بیمار قبلا یا در حال حاضر به آن مبتلا بوده یا می باشد، را بررسی و ذکر نمایید .

**سابقه بیماری در خانواده:** سابقه هر نوع بیماری جسمی و روانی در اعضای درجه یک خانواده مورد بررسی قرار گرفته و در صورت مثبت بودن پاسخ نوع بیماری درج گردد.

**سابقه ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی:** در این بخش سابقه دریافت خون و فراورده های خونی و هر نوع واکنش به آنها قید می گردد.

**عادات و عوامل خطر:** عادات و ریسک فاکتورهای مورد اشاره در فرم در صورت مثبت بودن در بیمار علامت زده شود.

**خواب و استراحت:** در این بخش ۲ موضوع میزان خواب و مشکلات خواب بررسی می شود. ۱- میزان خواب بیمار در طیفی شامل طبیعی، کمتر از حد طبیعی (کمتر از ۵ ساعت) و بیشتر از حد طبیعی (بیشتر از ۸ ساعت) تعیین می شود که ۲- مشکلات خواب: در صورت وجود مشکلات خواب (آپنه خواب، بی خوابی، خروپف، سندرم پاهای بی قرار در خواب، راه رفتن هنگام خواب، صحبت کردن در خواب، کابوس ها و وحشت های شبانه ) نوع آن ذکر شود.

#### ۴- بخش حساسیتها:

۱. در این بخش سابقه هر نوع حساسیت شامل دارویی، غذایی و محیطی را بررسی و در صورت مثبت بودن هر یک از آنها نوع واکنش از قبیل، خارش، التهاب، سوزش، تنگی نفس، کهیر و... را ذکر نمایید.
۲. در صورت وجود سابقه حساسیت شناخته شده دارویی دستبند قرمز برای بیمار استفاده نمایید و توجه داشته باشید سابقه حساسیت روی دستبند قید نشود.

#### ۵- ارزیابی سیستم ها

در این بخش سیستم ها بر اساس مصاحبه با بیمار و خانواده، مشاهده و معاینه پرستار مورد ارزیابی قرار گرفته و در صورت وجود مشکل در هر سیستم مقابل گزینه مورد نظر علامت زده و مشکل را نام برده یا توضیح دهید.

#### ۶- بخش ارزیابی سوابق دارویی

به منظور مدیریت مصرف صحیح و ایمن داروها ضروری است داروهای مصرفی قبل از بستری بیمار شناسایی شده تا با داروهای تجویز شده هنگام بستری از جهت ناهمخوانی و تداخل اثرات مورد مقایسه و ارزیابی قرار گیرد.

در این قسمت از ارزیابی لازم است داروهایی که بیمار از قبل از زمان بستری در حال مصرف آن می باشد مشخص و در جدول مربوطه درج گردد.

#### **۷- بخش محدودیت و توانایی ها:**

این بخش از فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار بوسیله مصاحبه با بیمار /خانواده و مشاهده و بررسی پرستار تکمیل می گردد.

#### **محدودیت ها :**

۱- داشتن محدودیت شنوایی به صورت خیر یا بله و ذکر نوع آن به صورت کم شنوایی یا ناشنوایی و در صورت جواب بله ،ذکر گوش راست

یا چپ و یا هر دو گوش

۲- داشتن محدودیت بینایی به صورت خیر یا بله و ذکر نوع آن به صورت نابینایی، کم بینایی، و در صورت جواب بله، ذکر چشم راست یا

چپ و یا هر دو چشم

۳- نقص و قطع عضو : در صورت وجود نقص یا قطع عضو در هر کدام از اندام ها نوع نقص و اندام مربوطه را درج نمایید.

**وسایل کمکی و پروتزها :** در صورت استفاده بیمار از هریک از وسایل کمکی و پروتزهای ذکر شده مقابل آن علامت زده شود.

**انجام فعالیت روزانه زندگی:** توانایی غذا خوردن، لباس پوشیدن، حمام کردن، دستشویی رفتن و وضعیت تحرک و جابجایی بیمار را ،از مستقل تا وابسته مشخص نمایید.

## ۸- بخش ارزیابی تغذیه ای

طبق هماهنگی انجام شده با گروه تغذیه بالینی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، این بخش از فرم، جایگزین "فرم ارزیابی اولیه تغذیه بیماران" که پیش از این در قالب فرم ها و دستورالعملهای ارزیابی تغذیه ای بیماران بستری در بخش های عمومی بیمارستان ها، تدوین شده بود می گردد و بدیهی است هر نوع فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای پیش از این، کن لم یکن خواهد بود.

ارزیابی تغذیه ای ابزاری مفید و موثر در شناسایی سریع بیمارانی که از نظر تغذیه ای نیاز به ارزیابی عمیق تر، مداخلات دقیق تر و برنامه های مراقبتی پرستاری بیشتری دارند، می باشد. با توجه به اینکه عوامل مختلفی از جمله ابتلاء به بیماری، مصرف داروها در طول زمان بستری، تداخلات احتمالی غذای مصرفی با داروها، محیط بیمارستان و ... از جمله علل بی اشتها و مصرف ناکافی غذا و در نهایت افزایش خطر سوء تغذیه در بیماران بستری می باشد، لازم است افراد آسیب پذیر در همان ابتدای پذیرش در بخش، تحت ارزیابی قرار گرفته و مراقبت تغذیه ای لازم را دریافت نمایند.

با انجام ارزیابی تغذیه، پرستار در جریان شرایط بیمار از نظر شاخص های تغذیه ای قرار می گیرد و با اطلاع از اینکه بیمار در معرض سوء تغذیه قرار دارد نظارت ویژه ای بر تغذیه او خواهد داشت. آشنایی با شرایط تغذیه ای بیمار منجر به شناسایی این بیمارانی که معرفی به پزشک و ارجاع آنان به کارشناس تغذیه جهت پیشگیری از ایجاد یا پیشرفت سوء تغذیه می شود. حمایت تغذیه ای از بیماران بستری، موجب کاهش مدت ماندگاری بیمار در بیمارستان، کاهش هزینه های بیمارستانی و کاهش مرگ و میر بیماران خواهد شد. با توجه به اهمیت سوء تغذیه و عوارض ناشی از آن، شناسایی افراد مبتلا یا در معرض خطر در مراحل اولیه پذیرش و بستری در بیمارستان، می تواند منتهی به پیامدهای مثبت و پیشگیری از وخامت وضعیت بیماری فرد گردد.

\*این فرم ویژه بزرگسالان (شامل سن ۱۹ سال و بالاتر) از جمله مادران باردار بوده و برای ارزیابی اولیه تغذیه نوجوانان که به هر دلیل در بخش بزرگسالان بستری شوند نیز با در نظر گرفتن شاخص های تن سنجی و منحنی های رشد آن گروه سنی قابل استفاده خواهد بود.

### دستورالعمل تکمیل

سوالات ارزیابی تغذیه ای، در بخش ارزیابی تغذیه بیمار توسط پرستار برای کلیه بیماران بزرگسال و احياناً نوجوانان بستری در بخش بزرگسالان، در فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار در بخش های مختلف تکمیل می شود.

در این قسمت ابتدا اندازه گیری وزن (با استفاده از ترازوی استاندارد و با حداقل لباس و بدون کفش) و قد (بدون کفش و با استفاده از قدسنج استاندارد مماس با دیوار) صورت گیرد. سپس نمایه توده بدنی (BMI) بیماران بزرگسال، با استفاده از نمودار گرام - که لازم است در کلیه ایستگاه های پرستاری به تابلو نصب شده باشد - و یا فرمول نسبت وزن (بر حسب کیلوگرم) به مجذور قد (بر حسب متر به توان دو) محاسبه و در محل مربوطه درج می شود.

$$\text{نمایه توده بدنی} = \frac{\text{وزن (به کیلوگرم)}}{\text{قد (به متر)} \times \text{قد (به متر)}}$$

لازم است کنترل دوره ای ترازو از جهت دقت و سلامت صورت گیرد تا وزن و در نتیجه BMI به دست آمده دقیق باشد.



در صورتی که اندازه گیری وزن و قد و متعاقباً BMI بیمار به هر علتی میسر نباشد می توان از اطلاعات مندرج در پرونده در بدو بستری در بخش استفاده کرد و یا با سوال از بیمار (در صورتی که قادر به پاسخ گویی باشد) یا همراه ایشان در مورد وزن معمول و قد بیمار، توده بدنی بیمار را محاسبه کرد. در مواردی که ادم و آسیت واضح در بیمار وجود دارد، در محل مربوطه، «غیر قابل ارزیابی» درج می گردد.

سوال ۱، در صورتی که BMI به دست آمده از فرد بزرگسال کمتر از ۲۰ است مقابل «بله» و در غیر این صورت مقابل «خیر» علامت می خورد.

در نوجوانان ( کمتر از ۱۹ سال) ضروری است جهت اندازه گیری BMI این گروه سنی به جای استفاده از نمودار بزرگسالان، از نمودار زده اسکور BMI (Z-Score) ویژه این گروه سنی ( نمودار ۱ و ۲) استفاده شود.

محدوده زده اسکور با استفاده از منحنی های مربوطه، به تفکیک دختر و پسر محاسبه و ثبت می گردد. به این ترتیب که عدد BMI نوجوان روی محور عمودی (Yها) و عدد سن نوجوان (بر حسب ماه) روی محور افقی (Xها) تعیین و محل تلاقی این دو عدد در محدوده منحنی ها بیانگر محدوده زده اسکور می باشد.

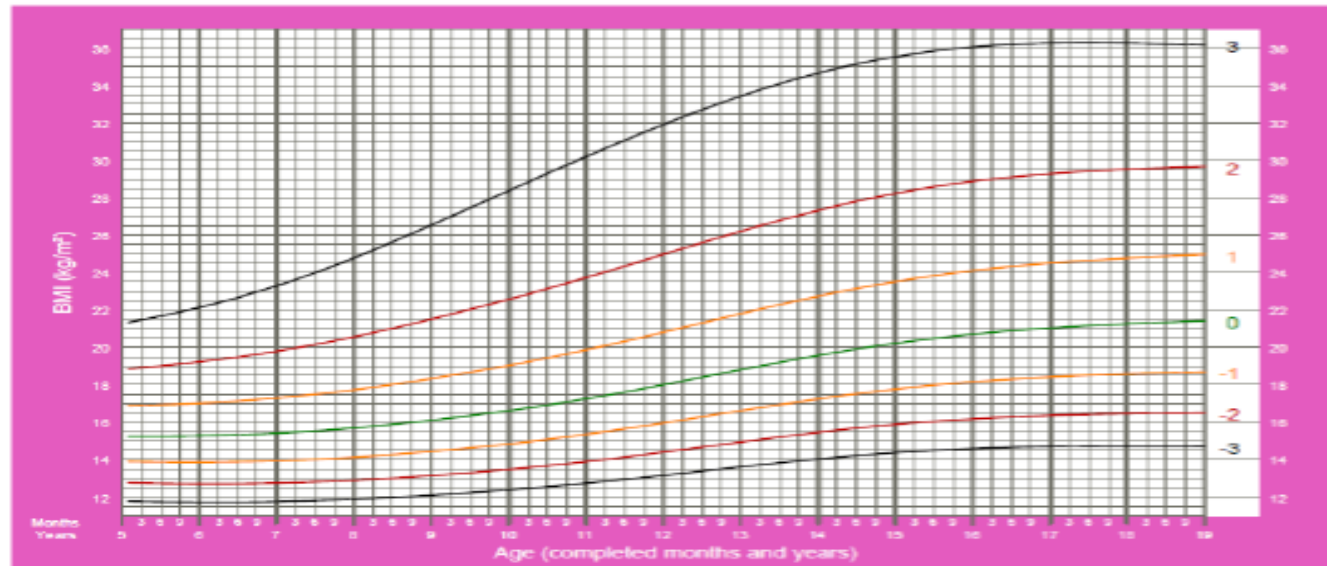
در این گروه سنی در صورتی که زده اسکور (نقطه بدست آمده) کمتر از -۲ (پایین تر از محور قرمز رنگ -۲) و یا بیشتر از +۲ ( بالاتر از محور قرمز رنگ +۲) باشد بیمار مبتلا به سوء تغذیه است و باید خانه بله علامت زده شود.



## نمودار شماره ۱- منحنی وزن گیری کودکان ۵ تا ۱۹ سال (دختر)

### BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)

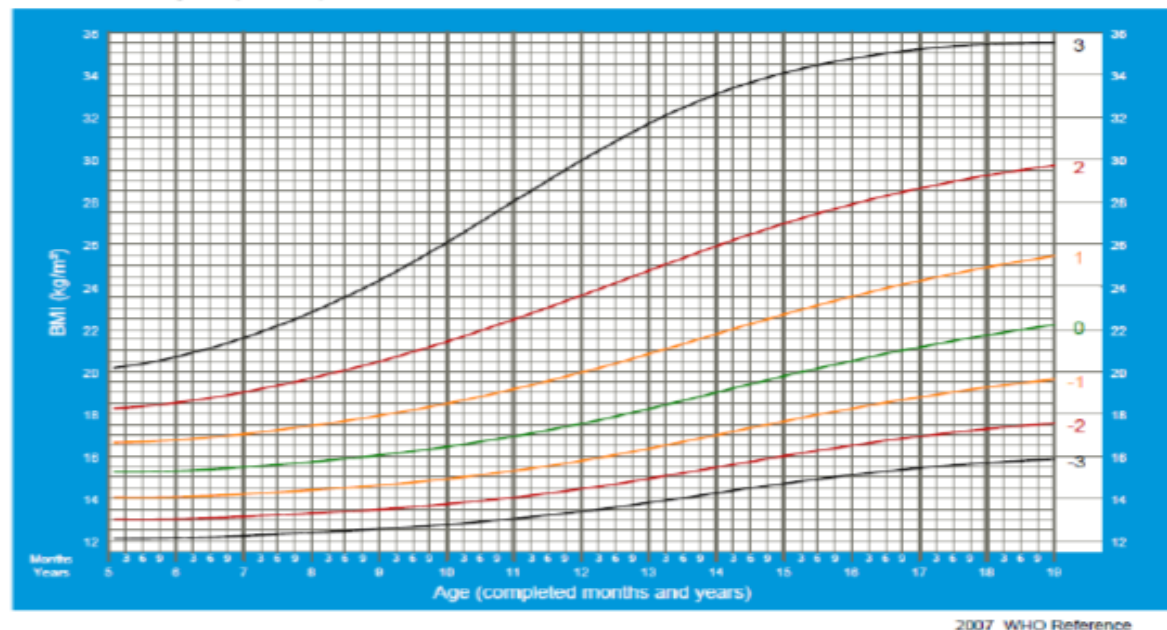


2007 WHO Reference

## نمودار شماره ۲- منحنی وزن گیری کودکان ۵ تا ۱۹ سال (پسر)

## BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)



سوال ۲، با پرسش از بیمار یا همراه او در خصوص کاهش وزن طی سه ماه اخیر به هر دلیل، در صورتی که پاسخ «بله» باشد، در محل مربوطه و در غیر این صورت در محل «خیر» علامت زده می‌شود. جهت کنترل دقت پاسخ، باید میزان کاهش وزن نیز سوال شود و حدود نزدیک به یقین در نظر گرفته شود. کاهش وزن طی سه ماه اخیر در صورتی که بیش از ۵٪ وزن معمول بیمار باشد قابل توجه و نیازمند بررسی بیشتر توسط کارشناس تغذیه است. به عنوان مثال اگر فردی بیان کند که اخیراً وزن او به طور ناخواسته کاهش یافته و تا ۳ ماه پیش یا بیشتر، ۷۰ کیلوگرم بوده است، ۵٪ کاهش وزن او به این شکل محاسبه می‌شود:  $5\% \times 70 = 3.5$  کیلوگرم. یعنی اگر وزن کنونی او ۳/۵ کیلوگرم کمتر از گذشته شده باشد و به ۶۶/۵ یا کمتر رسیده باشد در محل «بله» علامت می‌خورد.

سوال ۴، تعیین بیماریهای ویژه با مشاهده و مصاحبه با بیمار، شرح حال درج شده در پرونده و ارزیابی وضعیت او صورت می گیرد. در صورتی که بیماری فرد حاد یا وضعیت او وخیم و مبتلا به یکی از بیماریهای ویژه ارزیابی شود (مانند ابتلا به: دیابت کنترل نشده، فشار خون بالا و بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، سوختگی، سکته، نارسایی کلیه، همودیالیز، سیروز کبدی، پیوند اعضا، زخم بستر، سوء تغذیه و سوء جذب، بیماری های نورولوژیک منجر به اختلال بلع، جراحی شکمی، پنومونی، بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)، بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه، ضربه به سر، ناتوانی در تغذیه دهانی به هر دلیل)، پاسخ «بله» در محل مربوطه علامت خورده و در غیر این صورت در محل «خیر» علامت زده می شود. در مواردی که ابتلا به

یکی از بیماری‌ها یا شرایط فوق‌الذکر وجود داشته باشد، ارزیابی تخصصی تغذیه (با استفاده از فرم مربوطه) و تنظیم رژیم غذایی توسط کارشناس تغذیه ضروری می‌باشد.

در گروه سنی کمتر از ۱۹ سال بیماری‌های ویژه شامل سوء تغذیه (مثلاً ناشی از بیماری‌های گوارشی)، سرطان، سوختگی، بیماری‌های کلیوی، سلیاک و بیماری‌های گوارشی، بیماری‌های مادرزادی و بیماری‌های متابولیک می‌باشد.

### در نتیجه ارزیابی دو حالت وجود دارد :

- در صورتی که حتی یک «بله» در پاسخ به سوالات، علامت خورده باشد، باید در مربع بله مقابل عبارت «ارجاع به کارشناس تغذیه لازم است» علامت زده شود و با اطلاع پزشک معالج، جهت انجام ارزیابی تخصصی به کارشناس تغذیه ارجاع داده شود.
  - در صورتی که در نتیجه ارزیابی، در حال حاضر نیاز به مراجعه کارشناس تغذیه نیست، مربع مقابل عبارت "ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است" علامت خورده و لازم است کارشناس تغذیه، موارد بستری بیش از یک هفته را به نحو مقتضی با کمک پرستار شناسایی کرده و در صورت کاهش وزن یا تغییر در تشخیص بیماری، ارزیابی تخصصی و مداخلات تغذیه ای لازم را انجام دهد.
- نکته: در مورد بیمارانی که طبق نتایج این ارزیابی پرستار و درخواست مشاوره پزشک، نیاز به مراجعه کارشناس تغذیه هست، سرپرستار به نحو مقتضی، ترجیحاً از طریق درج در سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS)، درج شماره تخت بیمار مورد نظر در تابلوی ایستگاه پرستاری و یا با تماس تلفنی به کارشناس تغذیه اطلاع رسانی نماید.
- در مورد مادران باردار وجود دیابت، پره اکلامپسی و اکلامپسی (فشار خون بالا) مورد تاکید برای اطلاع رسانی به پزشک و درخواست مراجعه کارشناس تغذیه است.

### بخش ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری

این بخش به منظور ارتقاء ایمنی بیمار و پیش بینی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری طراحی شده که در ارزیابی های مستمر بیمار کاربرد دارد.

- ۱- در ابتدا بیمار را از نظر وجود زخم فشاری ارزیابی نموده و در صورت وجود زخم موقعیت آناتومیک آن را ذکر نمایید. در خصوص اندام تحتانی ذکر دقیق ناحیه زخم بر اساس تصویر زیر ضروری است.

## بخش ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری

این بخش به منظور ارتقاء ایمنی بیمار و پیش بینی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری طراحی شده که در ارزیابی های مستمر بیمار کاربرد دارد.

۱- در ابتدا بیمار را از نظر وجود زخم فشاری ارزیابی نموده و در صورت وجود زخم موقعیت آناتومیک آن را ذکر نمایید. در خصوص اندام تحتانی ذکر دقیق ناحیه زخم بر اساس تصویر زیر ضروری است.

۲- سپس بیمار را از نظر احتمال خطر ابتلا به زخم بر اساس معیارهای پیشگو کننده شناخته شده معتبر ابتلا به زخم فشاری (تعیین شده بوسیله بیمارستان/ دانشگاه یا توصیه شده وزارت متبوع در راهنمای ابلاغی پیشگیری از زخم فشاری) ارزیابی نمایید.

۳- نتایج ارزیابی و میزان ریسک علاوه بر فرم ارزیابی در گزارش پرستار و گاردکس نیز ثبت گردد.

- در صورتیکه نتایج ارزیابی حاکی از ریسک ابتلا به زخم فشاری باشد برای بیمار از دستبند زرد استفاده نمایید.
- با توجه به اینکه با تغییر شرایط بیمار احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری تغییر می نماید، میزان مخاطره در هر شیفت بایستی ارزیابی و در گزارش پرستار ثبت شود.

## موقعیت آناتومیک زخم



## موقعیت آناتومیک زخم



## ۹- بخش ارزیابی احتمال خطر سقوط

این بخش به منظور ارتقاء ایمنی بیمار و پیش بینی اقدامات پیشگیرانه از سقوط طراحی شده که در ارزیابی های مستمر بیمار کاربرد دارد.

۱- بیمار را از نظر احتمال خطر سقوط بر اساس معیارها و ابزارهای پیش بینی کننده سقوط توصیه شده وزارت بهداشت در راهنمای ابلاغی پیشگیری از سقوط ارزیابی نمایید.

۲- نتایج ارزیابی و میزان ریسک علاوه بر فرم ارزیابی در گزارش پرستار و کاردکس نیز ثبت گردد.

- در صورتیکه نتایج ارزیابی حاکی از ریسک سقوط باشد باشد برای بیمار از دستبند زرد استفاده نمایید.
- با توجه به اینکه با تغییر شرایط بیمار احتمال خطر سقوط تغییر می نماید، میزان مخاطره در هر شیفت بایستی ارزیابی و در گزارش پرستار ثبت شود.



## ۱۰- بخش غربالگری و بررسی درد:

از طریق مصاحبه، مشاهده پرستار و ثبت آن تکمیل می گردد. در امتیاز دهی به درد دور عدد مورد نظر بر حسب مصاحبه با بیمار دایره کشیده می شود.

نشانهگر	برابر با
فقدان ناراحتی	صفر
درد خفیف	۲
درد اندکی بیشتر	۴
درد باز هم بیشتر	۶
درد تمام عیار	۸
بدترین درد	۱۰

✓ مشخص نمودن محل درد

✓ طول مدت درد بر حسب متناوب و مداوم

✓ روش های تسکین درد بر حسب غیر دارویی و دارویی یا ذکر روش و میزان تاثیر آن نوشته شود.

✓ میزان تاثیر درد بر روی فعالیت بیمار بر حسب دارد یا ندارد

## **۱۱- بخش ارزیابی نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی**

این بخش از فرم به بررسی نیاز بیمار به خدمات مددکاری و اجتماعی می پردازد که در صورت مثبت بودن هر یک از موارد متدرج ( به شرح ذیل) گزینه مورد نظر را علامت زده و واحد مددکاری بیمارستان را مطلع نماید.

۱- **گروه پر خطر اجتماعی:** کودک آزاری/ دختران فراری/ بارداری غیر متعارف/ زنان رها شده، نوزادان رها شده خشونت علیه زنان، سالمندان، معلولان/

اقدام به خودکشی/ اختلالات روانپزشکی/ بی خانمانی و مجهول الهویه بودن/ بیماری های خاص ، صعب العلاج و نادره شرح ذیل ( از مصادیق آسیب اجتماعی می باشد که چنانچه بیمار واجد هر یک از این مصادیق باشد ضروری است قسمت گروه پر خطر اجتماعی علامت زده شود.

- بیماریهای خاص شامل: تالاسمی، هموفیلی و دیالیز
- بیماریهای صعب العلاج مثل MS ، دیابت و سرطان
- بیماریهای نادر شامل PKU و EB (سندرم پوست پروانه ای)

۲. وجود مشکل در پرداخت هزینه های درمان (مصدومین ترافیکی/مصدومین شغلی/ فاقد بیمه/ اتباع غیر ایرانی)

۳. عدم حضور همراه موثر

۴. ارجاع از ارگانهای قضایی و حمایتی

با توجه به اینکه این فرم در اورژانس تکمیل نمی گردد، نحوه ارزیابی بیمار از نظر نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی در اورژانس در دستورالعمل مداخلات مددکاری اجتماعی اورژانس اعلام می گردد.

## ۱۲- بخش ارزشهای مذهبی فرهنگی

باورهای مذهبی و فرهنگی خاص بیمار و خانواده وی که بر روی روند درمان و یا آموزش تاثیر گذارند که در صورت مثبت بودن بایستی توضیح داده شود (ارتباط با شیاطین یا رسوخ جن در جسم بیماران مبتلا به اختلالات روان، گناهکار بودن بیمار و...) و در صورت ناتوانی در ارزیابی به دلیل شرایط بیمار گزینه غیر قابل ارزیابی انتخاب می شود

## ۱۳- بخش نیازهای آموزشی و خود مراقبتی بیمار:

بر اساس مصاحبه، مشاهده و بررسی مستندات تکمیل می گردد.

✓ تعایل بیمار به یادگیری

✓ توانایی یادگیری بیمار

✓ موانع یادگیری بر حسب نوع آن شامل: جسمی (محدودیتهای جسمی و فیزیکی)، خواندن، زبان، انگیزشی و روانی

✓ ذکر نوع نیاز آموزشی بیمار بر حسب: فرایند بیماری، مراقبت، درمان، داروها و مصرف آن، تجهیزات و وسایل، تغذیه، پروسیجرهای

تشخیصی- درمانی، روند ترخیص، فعالیت، پیگیری، معرفی سیستم های حمایتی

#### ۱۴- نیاز بیمار به بررسی های بیش تر:

در این قسمت پس از بررسی اولیه پرستار از بیمار، نیاز بیمار به بررسی های بیشتر از نظر : مدیریت درد، مددکاری، روانپزشکی ، دندانپزشکی، چشم پزشکی، شنوایی سنجی ، تغذیه ای، بازتوانی و ذکر سایر موارد مورد نیاز مشخص می شود.

#### ۱۵- سطح مراقبتی

سطح مراقبتی بیمار بر اساس ارزیابی انجام شده تعیین می شود. بدیهی است با توجه به احتمال تغییر سطح مراقبتی بیمار، سطح تعیین شده در ارزیابی اولیه علاوه بر کاربرد در تدوین برنامه مراقبت، به عنوان مبنایی جهت مقایسه وضعیت بیمار در ارزیابی های مستمر می باشد.

#### ۱۶- تشخیص های پرستاری:

در این بخش مهم ترین تشخیص های پرستاری را که از نتایج ارزیابی حاصل شده است جهت تنظیم و اولویت بندی برنامه های مراقبتی درج نمایید.

خدا اقوت

## INITIAL NURSING ASSESSMENT SHEET

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family: خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
<p><b>اطلاعات پایه</b></p> <p><b>ساعت ورود به بخش:</b> ..... <b>ساعت شروع ارزیابی:</b> .....</p> <p><b>میزان تحصیلات:</b> ..... <b>دین:</b> .....</p> <p><b>وضعیت بارداری:</b> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ..... <b>وضعیت تاهل:</b> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> ..... <b>نام بزرگوار:</b> .....</p> <p><b>وضعیت شیردهی:</b> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ..... <b>وضعیت شیردهی:</b> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> .....</p> <p><b>منبع اطلاعات:</b> بیمار <input type="checkbox"/> همراه <input type="checkbox"/> (با ذکر نسبت) ..... <b>مشخصات فردی که در مواقع ضروری به توان با او تماس گرفت (نام و شماره تماس):</b> .....</p> <p><b>علائم حیاتی بدو ورود:</b> T: ..... RR: ..... PR: ..... BP: .....</p> <p><b>نحوه ورود:</b> با پای خود <input type="checkbox"/> صندلی چرخدار <input type="checkbox"/> برانکار <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید: .....</p> <p><b>لوله و اتصالات بیمار (IV، استومی، لوله تراشه و...):</b> ذکر نام و محل: .....</p>			
<p><b>وضعیت ارتباطی</b></p> <p><b>سطح هوشیاری:</b> هوشیار <input type="checkbox"/> خواب آلوده <input type="checkbox"/> گیج <input type="checkbox"/> بدون پاسخ <input type="checkbox"/> ..... <b>آگاهی به زمان و مکان و شخص:</b> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> .....</p> <p><b>زبان و نوع گویش:</b> ..... <b>نیاز به مترجم دارد:</b> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> .....</p> <p><b>نحوه صحبت کردن:</b> واضح <input type="checkbox"/> اشکال در تکلم <input type="checkbox"/> عدم توانایی در صحبت کردن <input type="checkbox"/> با اشاره <input type="checkbox"/> .....</p> <p><b>وضعیت همکاری:</b> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> با ذکر دلیل: .....</p>			
<p><b>بررسی تاریخچه سلامت و بیماری</b></p> <p><b>شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار):</b> ..... <b>علت بستری (تشخیص اولیه پزشک معالج):</b> .....</p> <p><b>سابقه بستری:</b> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ..... <b>تاریخ آخرین بستری:</b> ..... <b>علت آخرین بستری:</b> .....</p> <p><b>سابقه جراحی:</b> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ..... <b>ذکر نوع عمل جراحی:</b> .....</p> <p><b>سابقه بیماری (جسمی / روانی / اختلال مادرزادی):</b> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ..... <b>در صورت داشتن سابقه نام بیماری:</b> .....</p> <p><b>سابقه بیماری در خانواده (جسمی و روانی):</b> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> ..... <b>نام بیماری:</b> ..... <b>نسبت فرد با بیمار ذکر شود:</b> .....</p> <p><b>سابقه ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی:</b> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> ..... <b>سابقه واکنش به ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی:</b> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> ..... <b>ذکر نوع واکنش:</b> ..... <b>نمی داند</b> <input type="checkbox"/> .....</p> <p><b>عادات و عوامل خطر:</b> سوء مصرف دارو <input type="checkbox"/> سوء مصرف موادمخدر <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"/> ..... <b>داشتن حیوان خانگی:</b> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید: .....</p> <p><b>خواب و استراحت:</b> 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"/> ..... <b>۲- مشکلات خواب:</b> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ..... <b>نام ببرید:</b> .....</p>			
<p><b>حساسیتها</b></p> <p><b>حساسیت دارویی:</b> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> ..... <b>نمی داند</b> <input type="checkbox"/> ..... <b>نوع دارو:</b> ..... <b>*نوع واکنش:</b> .....</p> <p><b>حساسیت غذایی:</b> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> ..... <b>نمی داند</b> <input type="checkbox"/> ..... <b>نوع غذا:</b> ..... <b>*نوع واکنش:</b> .....</p>			
<p><b>ارزیابی سیستم ها</b></p> <p>۱. <b>عصبی:</b> 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: .....</p> <p>۲. <b>قلبی و عروقی:</b> 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: .....</p> <p>۳. <b>تنفسی:</b> بدون مشکل <input type="checkbox"/> تنفس عمیق <input type="checkbox"/> سریع <input type="checkbox"/> سطحی <input type="checkbox"/> آپنه <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"/> هموپتزی <input type="checkbox"/> کلابینگ <input type="checkbox"/> ..... <b>اکسیژن ترایی:</b> سایر توضیحات: .....</p> <p>۴. <b>گوارشی:</b> رژیم غذایی خاص: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> ..... <b>نام ببرید:</b> ..... <b>شکایت از:</b> تهوع <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> اختلال بلع <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> یبوست <input type="checkbox"/> نفخ <input type="checkbox"/> سایر توضیحات: .....</p> <p>۵. <b>ادراری تناسلی:</b> 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: .....</p> <p>۶. <b>پوست:</b> 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"/> ..... <b>ترشحات:</b> سایر توضیحات: .....</p> <p>۷. <b>اسکلتی عضلانی:</b> بدون مشکل <input type="checkbox"/> گزگز <input type="checkbox"/> فلج <input type="checkbox"/> اسکلیوز <input type="checkbox"/> سایر توضیحات: .....</p> <p>۸. <b>روحي و روانی:</b> ظاهر کلی: مرتب <input type="checkbox"/> ژولیده <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید: ..... <b>آیا ظاهر کلی بیمار با سن تقویمی او تناسب دارد:</b> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> .....</p> <p><b>وضعیت رفتاری:</b> آرام <input type="checkbox"/> بی قرار <input type="checkbox"/> پرخاشگر <input type="checkbox"/> سایر: ..... <b>سابقه اقدام به خودکشی:</b> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ..... <b>سابقه آسیب به خود و دیگران:</b> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> .....</p> <p>۹. <b>سایر سیستم ها:</b> وجود مشکل: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ..... <b>ذکر سیستم و مشکل:</b> .....</p>			
نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو

فرم ارزیابی اولیه پرستاری  
INITIAL NURSING ASSESSMENT SHEET

ارزیابی وضعیت تغذیه ای	۱ - محدودیت ها: شنوایی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا: بینایی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و چشم مبتلا: نقص و قطع عضو: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع نقص و اندام مربوطه: (نام ببرید) 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 زندگی احضار پرستار: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۴- انجام فعالیت روزانه زندگی: غذا خوردن: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک) <input type="checkbox"/> لباس پوشیدن: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک) <input type="checkbox"/> استحمام: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک) <input type="checkbox"/> دستشویی رفتن: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک) <input type="checkbox"/> تحرک و جابجایی: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک) <input type="checkbox"/>		
	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"/>		
	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"/>		
	۲) آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته کاهش وزن ناخواسته داشته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> 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"/> ۴) آیا بیماری فرد از نوع بیماریهای ویژه (رجوع به راهنما) است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
ارزیابی وضعیت تغذیه ای	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"/> *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		
	*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"/>		
ارزیابی احتمال خطر سقوط	احتمال خطر سقوط: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>		
	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"/>		
غربالگری و بررسی درد	۱۰ ۸ ۶ ۴ ۲ ۰ 		
	*ارزیابی نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی *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 ازارگانه های قضایی و حمایتی: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> *بدون مشکل <input type="checkbox"/>		
ارزش های مذهبی و فرهنگی	ارزشهای مذهبی و فرهنگی بیمار / خانواده 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.		
	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: ..... موانع یادگیری: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام ببرید: ..... ذکر نیازهای آموزشی بیمار در بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده: .....		
نیاز های آموزشی و خود مراقبتی	آیا 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"/> بازتوانی <input type="checkbox"/> روانپزشکی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>		
	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"/>		
تشخیص های پرستاری بدو ورود با توجه به ارزیابی اولیه:	تشخیص های پرستاری بدو ورود با توجه به ارزیابی اولیه: ۱- ۲- ۳-		
	نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار ساعت پایان ارزیابی تاریخ		

به نام مهر بانترین



# شیوه نامه ثبت اطلاعات در کاردکسی

زهرا قربانی-سوپروایزر آموزش سلامت

## شیوه نامه ثبت اطلاعات در کاردکس

- هدف از تشکیل کاردکس مراقبتی بیماران در بخش بستری

هدف اصلی از در نظر گرفتن کاردکس برای هر بخش ، ایجاد سرعت عمل در مراقبت از بیمار و به حداقل رساندن اشتباهات احتمالی است. همچنین استفاده از کاردکس امکان ملاحظه مجموعه اطلاعات یک بیمار در بخش را در کنار هم به ما می دهد.

- مجموعه اطلاعاتی که در کاردکس قابل دسترسی می باشد شامل موارد ذیل می باشد :

اطلاعات دموگرافیک بیمار ، نام پزشک معالج ، تشخیص پزشکی، شماره تخت، تاریخ پذیرش و بستری در بخش، رژیم غذایی، رژیم دارویی، محدودیت ها و ممنوعیت های خاص، اقدامات تشخیصی یا درمانی مورد نیاز بیمار که در ساعات آینده باید انجام گیرد و یا اقدامات نیازمند پیگیری، مانند : مشاوره ، رادیوگرافی ، تاریخ عمل جراحی

## • نحوه ثبت اطلاعات در کاردکس مراقبتی :

برای ثبت در کاردکس از سه قلم ( خودکار قرمز ، خودکار آبی ، مداد ) استفاده می شود . در ثبت کاردکس از اختصارات و اصطلاحات استاندارد پزشکی استفاده شود.

### • خودکار قرمز :

برای ثبت موارد مهم و ثابت مانند: موارد خاص (حساسیت دارویی، خطر و یا احتمال خودکشی، هرگونه آسیب پوستی، ممنوعیت تزریق عضلانی، ابتلا به بیماری عفونی و خونی خاص (فاویسم، HCV، HBS+، HIV) و نیز تیک موارد ریسک فاکتور ستون Risk Factors از خودکار قرمز استفاده شود. به طور کلی رنگ قرمز جهت ثبت اطلاعات خاص و هشدار دهنده در مورد بیمار می باشد.

### خودکار آبی :

برای ثبت موارد ثابت در کاردکس مانند : نام و نام خانوادگی، نام پدر ، سن، شماره پرونده، نام پزشک معالج، تاریخ و ساعت پذیرش، تاریخ و فرد بازنویسی کننده کاردکس و تاریخ عمل جراحی و تاریخ انتقال نوع بیمه می باشد.

### مداد :

برای ثبت موارد متغیر مانند درخواست های دارویی و تشخیصی پزشک، سرم ها، زمان درخواست آزمایشات، ساعات کنترل علائم حیاتی، تغییر پوزیشن، میزان فعالیت مددجو، درخواست آزمایشات و رادیوگرافی های تشخیصی، مشاوره، سطح مراقبتی بیمار(براساس دستورالعمل ارائه مراقبت به روش موردی) و مراقبتهای پرستاری میباشد.

- نکات مهم که در ثبت کاردکس می بایست مورد توجه قرار داد :

## مراقبت‌های پرستاری به ترتیب ذیل با ذکر تاریخ و ساعت انجام در کاردکس ثبت گردند :

- اقدامات مورد نیاز پس از انجام ارزیابی اولیه پرستار
- اقدامات مرتبط با تشخیص های پرستاری تدوین شده
- در ردیفهای بعدی مواردی مانند : ثبت نتایج معیار مורس و ثبت نتیجه معیار برادن دستور تغییر پوزیشن و ماساژ ، فیزیوتراپی و نوع آن در موارد دیگر نوشته می شود.

## ثبت دستورات پزشکی:

- دستورات پزشکی با ذکر تاریخ و ساعت انجام در قسمت دستورات پزشکی باید ثبت گردند سایر دستورات پزشکی نیز که در کادر کس کادر مخصوص به آن اختصاص داده شده مانند آزمایشات و گرافی ها و مشاوره و در کار اختصاص یافته باید ثبت شود.

- کنترل وضعیت هوشیاری
- نحوه گرفتن اکسیژن همراه با نام وسیله و مقدار فلوی اکسیژن
- نوع بیهوشی
- نوع راه هوایی مصنوعی و مشخصات ونتیلاسیون مکانیکی بیمار (مد تنفسی)
- ثبت زمان درخواست انجام اقدامات درمانی (مانند همودیالیز، تعویض خون، LP و...) و نوع اعمال جراحی انجام شده و تاریخ انجام آن در ستون دستورات پزشک درج گردد.
- راه تغذیه بیمار در صورت داشتن NGT، گاستروستومی و یا ژونوستومی با ذکر تاریخ
- تاریخ اینتوباسیون (لوله تراشه گذاری) در کادر مخصوص آن ثبت شود
- نوع لوله اداری (فولی کاتتر F/C یا اکسترنال کاتتر E/C) با ذکر تاریخ در کادر مخصوص آن ثبت شود
- زمان کنترل علایم حیاتی طبق دستور پزشک نوشته شود.
- زمان کنترل I&O طبق دستور پزشک نوشته شود.
- دستور پزشک درخصوص پروتکل انسولین در ستون مربوطه ثبت گردد و دیگر دستورات درمورد تزریق انسولین در قسمت داروهای تزریقی طبق قانون ثبت داروهای تزریقی نوشته شود.
- در ستون فعالیت نوع فعالیت بیمار طبق دستور پزشک تیک زده شود.
- آزمایشات روزانه بیماران و آزمایشاتی که چند بار در روز و برای مدتی انجام می شود، با مداد در قسمت آزمایشات با ذکر تاریخ و با مداد نوشته شود.

- هر گونه درخواست رزرو فرآورده های خونی در ستون آزمایشات ثبت گردد. و در صورت ترانسفوزیون شدن در قسمت فراوره خونی ترانسفوزیون شده ثبت شود.
- ثبت کلیه موارد گرافی ها ( XRay ، MRI ، CT.Scan ، سونوگرافی و اندوسکوپی ) در ستون تصویر بردای و سایر اقدامات پاراکلینیکی درج گردد .
- داروهای Stat ، PRN در محل اختصاص یافته ثبت گردد .
- نوع اتصالات تیک زده شود و تاریخ گذاشتن هر یک از اتصالات بیمار ثبت شود.
- در قسمت فرم بیمار یابی ، بیمارانی که برای آنها فرم بیمار یابی عفونتهای مرتبط با مراقبتهای بهداشتی ( فرم شماره ۱ ) تکمیل شده است، تیک زده شود.



## نحوه ثبت تجویز دارویی بیمار در کاردکس مراقبتی :

کاردکس دارویی به صورت زیر طراحی شده است:

ملاحظات	ساعت دارو	مقدار	روش مصرف	نام دارو	تاریخ
	6-14-22	۱ gr	IV	Amp ceftriaxon	97/3/7
بعد غذا	۱۲	80mg	PO	Tab ASA	97/3/7

- برای نوشتن ساعت در کاردکس طبق دستورالعمل ۱-۲۴ ثبت گردد. مثال Bd 6-18
- QID 6-12-18-24 TDS6-14-22
- مواردی که دارو Hold می شود با مداد کلمه Hold و تاریخ آن در ستون دارویی نوشته شود.
- نام دارو به صورت کامل و صحیح نوشته شود.
- سرم باید در ابتدای ستون داروهای تزریقی ذکر شود و مواردی مانند حجم سرم، ساعت شروع، داروهای اضافه شده سرم قید گردد.

- طبقه مصرف دارو به طور صحیح نوشته شود (مانند خوراکی po، تزریقی IV، استنشاقی inhalation موضعی Topical)

- داروهای Stat و آزمایشات اورژانس به مدت ۲۴ ساعت با مداد در کاردکس باقی بماند و بعد از آن پاک شود.

- در صورت نیاز به شرایط خاص جهت دادن دارو یا PRN بودن حتما در کاردکس مقابل نام دارو در ستون ملاحظات ثبت شود. مثال: (قرص لوژارتان با شرط  $Bp > 100$  داده شود).

- داروهای قطع شده از کاردکس پاک شوند و داروی جدید یا تغییر دوز با قید تاریخ ثبت شوند.

- اقدامات انجام شده برای بیمار از قبیل گرافی، مشاوره و... با قید تاریخ ثبت شوند.

- از گذاشتن ایضادر کاردکس خودداری گردد و همه دستورات و تاریخ و ساعت بطور کامل ثبت شود.

دقت نمائید که کلیه اقدامات، مراقبتها و مشاهدات پرستار باید در پرونده بیمار ثبت شده و ثبت اقدامات در کاردکس صرفا جهت اطلاع و هماهنگی مراقبتها بوده و قابل استناد نمی باشد.

**HTN= Hypertension** فشار خون بالا

**SC= subcutaneous** زیر جلدی

**IM= Intramuscular** داخل عضلانی

**ID=Intradermal injection** داخل جلدی

**CBR= Complete Bed Rest** استراحت مطلق

**RBR= Relative Bed Rest** استراحت نسبی

**Free=** آزاد

**NGT= Naso-Gastric Tube** لوله بینی – معده ای

**CVC= Central venous catheter OR CV Line= central venous line** کاتتر ورید مرکزی

**serum=** سرم

**HBSAg+= Hepatitis B surface antigen** سطح آنتی ژنی هپاتیت B

**Lab test =** آزمایشات

**Imaging&Paraclinic =** تصویر برداری و اقدامات پاراکلینیک

**Consultation=** مشاوره ها

**syrup =** شربت

**Topical Ointment** پماد موضعی

**Topical Gel=** ژل موضعی

**Suppository=** شیاف

**Drop=** قطره

**Inhalation Spray=** اسپری استنشاقی

خدا اقوت



نام و نام خانوادگی : نام پدر:		بخش: تخت: شماره پرونده:		تشخیصی: نوع عمل جراحی: نام پزشک معالج:		تاریخ و ساعت پذیرش:  تاریخ و ساعت عمل جراحی:	
سن: جنس:    مرد    زن		نوع بیمه:		سطح مراقبتی بیمار :		تاریخ انتقال و نام بخش :	
Date تاریخ	Time ساعت	دستورات پزشکی Medical orders		Date تاریخ	Time ساعت	مراقبتهای پرستاری Nursing care	
		Ventilator settings					
		Mode: CPAP:					
		PEEP:					
		PS: Fio2:					
Date تاریخ	مشاوره ها Consultations		Date تاریخ	Time ساعت	Imaging & Paraclinic تصویر برداری وسایر اقدامات پاراکلینیک		Date تاریخ
Date تاریخ	Insulin پروتکل انسولین		<u>زمان کنترل علائم حیاتی</u> T: PR: RR: BP: I&O زمان کنترل		<u>تاریخ اتصالات</u> IV: NGT: CV Line: ET tube: Foley catheter: Shaldon Catheter:		Risk Factors هیپر تانسسیون هیپر لیپیدمی دیابت ملیتوس آلرژی بارداری احتمال سقوط احتمال زخم فشاری معقولیت سایر
			وزن: قد :		av fistula: arterial line: other:		
			فرم بیمار یابی <input type="checkbox"/>				
		Diet رژیم غذایی:		موارد خاص:			
گروه خونی: Blood group & RH							
فعالیت: Activity CBR RBR Free							
فرد بازنویسی کننده :							
تاریخ باز نویسی:							

[illegible]