

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت پرستاری

دفتر ارتقاء سلامت و خدمات بالینی و پرستاری

گروه توسعه خدمات پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری

سخنران : شیوا حسن پور
مدیر پرستاری مرکز دانشگاهی پورسینا
آبان ۱۴۰۲

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.

ادامه اصول کلی ثبت در فرم ارزیابی اولیه بیمار:

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 نوبت کاری انجام شود.

ادامه اصول کلی ثبت در فرم ارزیابی اولیه بیمار:

***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 اولیه:

- 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 بپرسید.
- 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 شیر دهی بررسی بیمار از این منظر حائز اهمیت می باشد. در این بخش در صورت باردار بودن و شیردهی بیمار، گزینه بله انتخاب می شود.

ادامه:

- **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، تراکئوستومی، 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

۲- 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.

۳- 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 شاخص‌های تغذیه‌ای قرار می‌گیرد و با اطلاع از اینکه بیمار در معرض سوء تغذیه قرار دارد نظارت ویژه‌ای بر تغذیه او خواهد داشت. آشنایی با شرایط تغذیه‌ای بیمار منجر به شناسایی این بیمارانی که معرفی به پزشک و ارجاع آنان به کارشناس تغذیه جهت پیشگیری از ایجاد یا پیشرفت سوء تغذیه می‌شود. حمایت تغذیه‌ای از بیماران بستری، موجب کاهش مدت ماندگاری بیمار در بیمارستان، کاهش هزینه‌های 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، می‌تواند 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 شاخص‌های تن سنجی و منحنی‌های 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 بخش‌های مختلف تکمیل می‌شود.

در این قسمت ابتدا اندازه‌گیری **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 ایستگاه‌های 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 می‌شود.

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

لازم است کنترل دوره‌ای 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 می‌توان 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 می‌گردد.

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 می‌خورد.

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

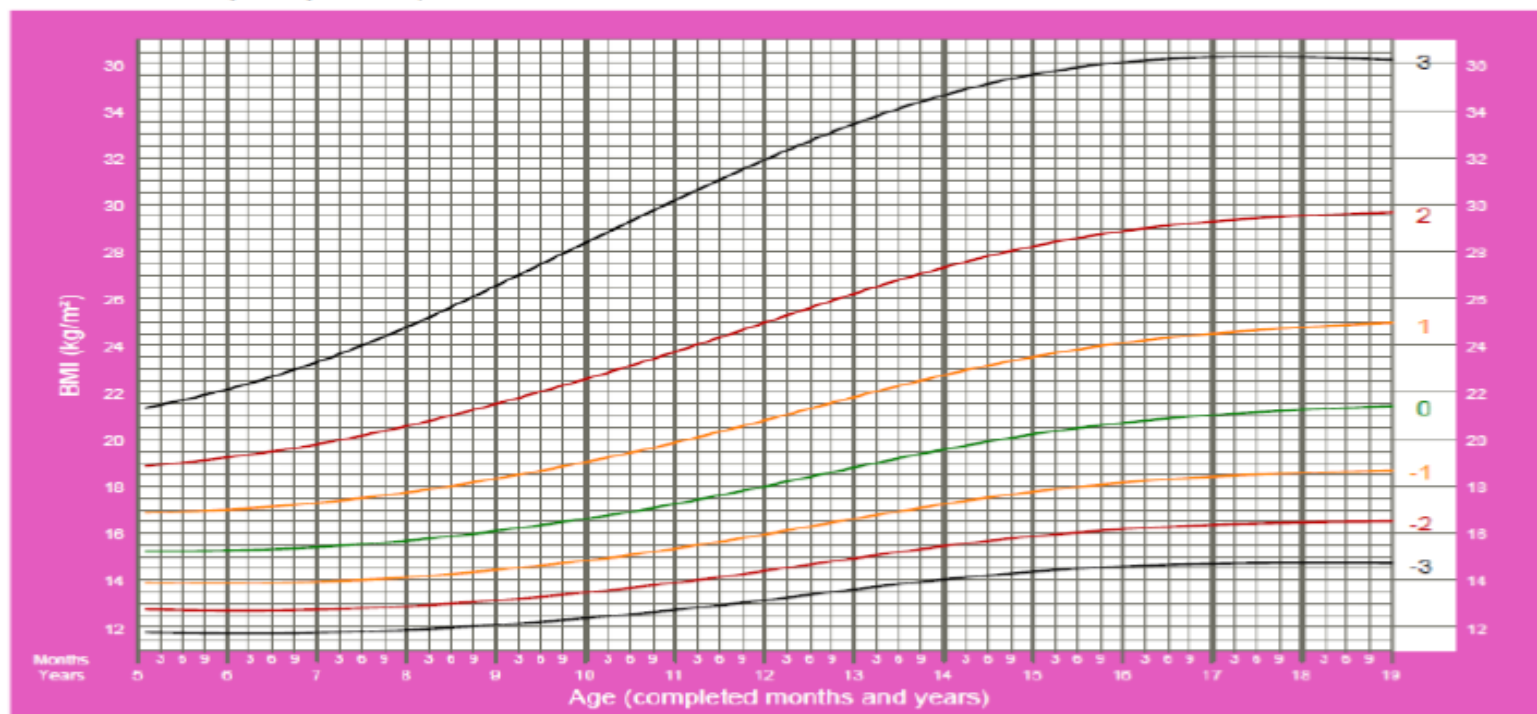
محدوده زد اسکور با استفاده از منحنی‌های مربوطه، به تفکیک دختر و پسر محاسبه و ثبت می‌گردد. به این ترتیب که عدد BMI نوجوان روی محور عمودی (Yها) و عدد سن نوجوان (بر حسب ماه) روی محور افقی (Xها) تعیین و محل تلاقی این دو عدد در محدوده منحنی‌ها بیانگر محدوده زد اسکور می‌باشد.

در این گروه سنی در صورتی که زد اسکور (نقطه بدست آمده) کمتر از ۲- (پایین تر از محور قرمز رنگ ۲-) و یا بیشتر از ۲+ (بالا تر 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)

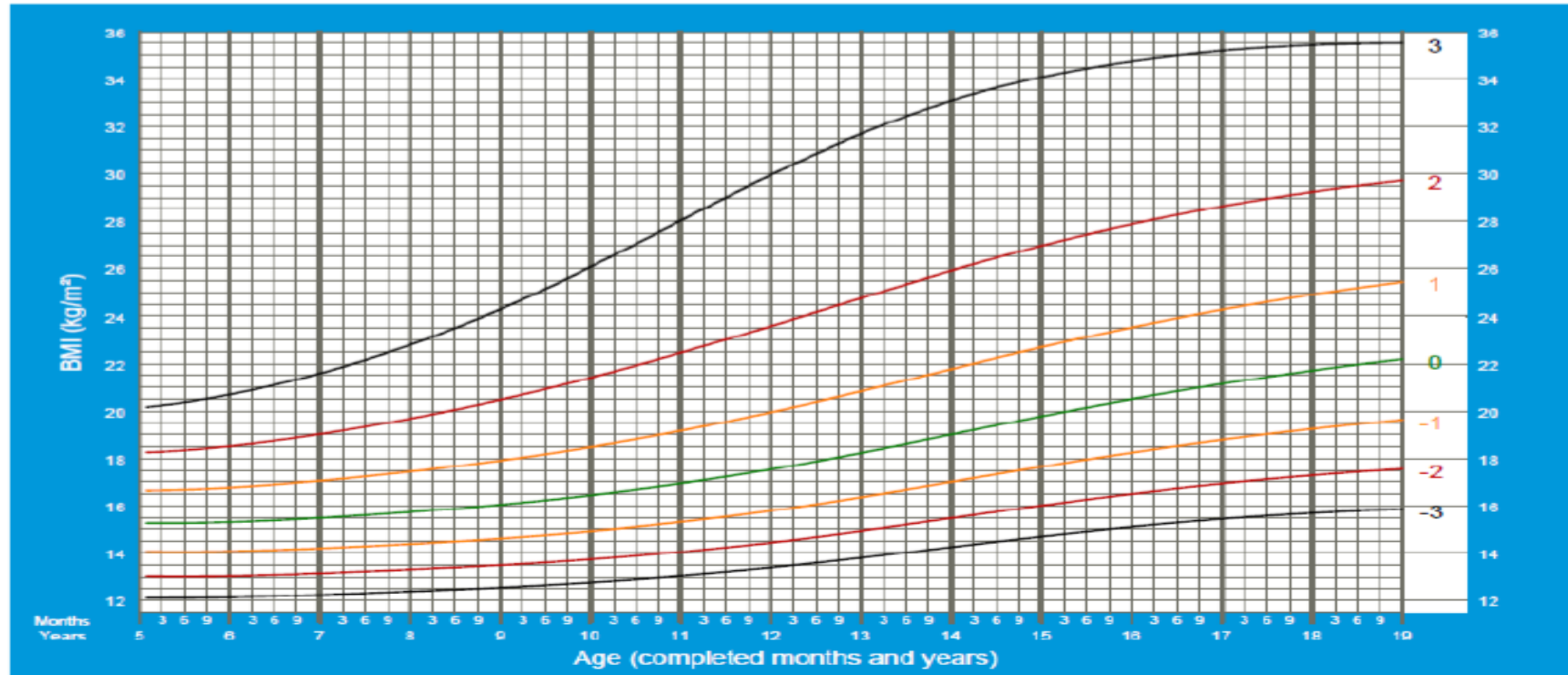


2007 WHO Reference

نمودار شماره ۲- منحنی وزنگیری کودکان ۵ تا ۱۱ سال (پسر)

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

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 پیشتر، 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 ۳، با پرسش از بیمار یا همراه او در خصوص بی‌اشتهایی یا کاهش مصرف غذا به هر دلیل (مانند تهوع یا استفراغ شدید) طی هفته گذشته، در صورتی که پاسخ «بله» باشد، در محل مربوطه و در غیر این صورت در محل «خیر» علامت زده می‌شود. جهت دریافت پاسخ دقیق در این قسمت سوال شود: آیا بی‌اشتهایی در حدی بوده که چند وعده غذایی یا هیچ کدام از وعده های غذایی را طی هفته گذشته میل نکرده باشد؟

سوال ۴، تعیین بیماریهای ویژه با مشاهده و مصاحبه با بیمار، شرح حال درج شده در پرونده و ارزیابی وضعیت او صورت می‌گیرد. 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 بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، سوختگی، سکته، نارسایی کلیه، همودیالیز، سیروز کبدی، پیوند اعضا، زخم بستر، سوء تغذیه و سوء جذب، بیماری‌های نورولوژیک منجر به اختلال بلع، جراحی شکمی، پنومونی، بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)، بیماران بستری در بخش مراقبت‌های 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 می‌شود. در مواردی که ابتلا به یکی از بیماری‌ها یا شرایط فوق الذکر 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 مادر زادی و بیماریهای متابولیک می باشد.

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.



- 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 کاردکس 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.

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.

۱- 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.

نشانگر	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 با 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 مندرج (به شرح ذیل) گزینه مورد نظر را علامت زده و واحد مددکاری بیمارستان را مطلع نمایید.

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 نادر به 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 تاثیرگذارند 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 غیرقابل ارزیابی انتخاب می شود

۱۳- بخش نیازهای آموزشی و خود مراقبتی بیمار:

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

- ✓ تمایل 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 نیازمشخص 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 راکه از نتایج ارزیابی حاصل شده است جهت تنظیم و اولویت بندی برنامه های مراقبتی درج نمایند.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education
دانشگاه علوم پزشکی
Medical Center:
مرکز پزشکی آموزش درمانی:

INITIAL NURSING ASSESSMENT SHEET

INITIAL NURSING ASSESSMENT SHEET							
Unit No: پرونده شماره:		Name: نام:		Family: نام پدر:		Attending Physician: پزشک معالج:	
Date of Birth: تاریخ تولد:		Ward: بخش:		Room: اتاق:		Date of Admission: تاریخ پذیرش:	
Father Name: نام پدر:		Bed: تخت:					
<p>بیماری و سابقه:</p> <p>بیماری: <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> فشارخون <input type="checkbox"/> ...</p> <p>سابقه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت روانی:</p> <p>حالت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت اجتماعی:</p> <p>وضعیت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>	
<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت روانی:</p> <p>حالت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت اجتماعی:</p> <p>وضعیت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>	
<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت روانی:</p> <p>حالت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت اجتماعی:</p> <p>وضعیت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>	
<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت روانی:</p> <p>حالت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت اجتماعی:</p> <p>وضعیت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>	
<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت روانی:</p> <p>حالت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت اجتماعی:</p> <p>وضعیت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>	
<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت روانی:</p> <p>حالت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت اجتماعی:</p> <p>وضعیت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>	
<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت روانی:</p> <p>حالت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت اجتماعی:</p> <p>وضعیت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>	
<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت روانی:</p> <p>حالت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت اجتماعی:</p> <p>وضعیت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>	
<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت روانی:</p> <p>حالت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت اجتماعی:</p> <p>وضعیت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>	
<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت روانی:</p> <p>حالت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت اجتماعی:</p> <p>وضعیت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>	
<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت روانی:</p> <p>حالت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت اجتماعی:</p> <p>وضعیت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>	
<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت روانی:</p> <p>حالت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت اجتماعی:</p> <p>وضعیت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>	
<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت روانی:</p> <p>حالت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت اجتماعی:</p> <p>وضعیت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>	
<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت روانی:</p> <p>حالت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت اجتماعی:</p> <p>وضعیت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>	
<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت روانی:</p> <p>حالت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت اجتماعی:</p> <p>وضعیت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>	
<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت روانی:</p> <p>حالت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت اجتماعی:</p> <p>وضعیت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>	
<p>وضعیت جسمانی:</p> <p>وزن: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>تپان: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت روانی:</p> <p>حالت: <input type="checkbox"/> ...</p> <p>توجه: <input type="checkbox"/> ...</p>		<p>وضعیت اجتماعی:</p> <p>وضعیت: </p>			

فرم ارزیابی اولیه پرستاری
INITIAL NURSING ASSESSMENT SHEET

[illegible]



شیوه نامه ثبت اطلاعات در کاردکس

• 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 می شود.

خودکار قرمز :

- به طور کلی رنگ قرمز جهت ثبت اطلاعات خاص و هشدار دهنده در مورد بیمار می باشد.
- موارد خاص : آلرژی (دارویی، غذایی و نیش حشرات)، خطر و یا احتمال خودکشی، ممنوعیت اقدامات (تزریق عضلانی، گرفتن فشار خون، گرفتن IV)، ابتلا به بیماری عفونی و خونی خاص (فاویسم، HBS+، HCV، HIV) و نیز تیک موارد ریسک فاکتور در ستون Risk Factors، از خودکار قرمز استفاده شود.

خودکار آبی :

برای ثبت موارد ثابت در کاردکس مانند : نام و نام خانوادگی، نام پدر ، سن، شماره پرونده، تشخیص ، نام پزشک معالج، تاریخ و ساعت پذیرش، تاریخ و فرد بازنویسی کننده کاردکس و تاریخ عمل جراحی و تاریخ انتقال ، نوع بیمه ،قد و وزن و بیماران آسیب پذیر می باشد. (منظور از گروه بیماران آسیب پذیر بیماران دارای اختلالات روان پزشکی، انگ های اجتماعی (مانند زندانیان، مبتلایان به ایدز،سوء مصرف مواد)، اختلالات ذهنی،بیماران با اختلالات هوشیاری،بیماران مجهول الهویه ، بیماران بی خانمان،سالمندان،معلولیت های جسمی،مادران باردار،کودکان و نوزادان و...می باشد).

تبصره: در صورت تغییر در هریک از آیتم های ثبت شده با خودکار،روی مورد تغییر یافته یک خط نازک کشیده شده و مورد صحیح با خودکارنوشته شود.

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)، تشخیص های پرستاری و اقدامات مرتبط با تشخیص های پرستاری و امتیاز مورش و برادن و و لزمیباشد.

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

تشخیص ها و مراقبتهای پرستاری با توجه به نکات ذیل با ذکر تاریخ و ساعت انجام در کاردکسی ثبت گردند :

- اقدامات مورد نیاز پس از انجام ارزیابی اولیه پرستار
مثال: -اطلاع جهت انجام مشاوره تغذیه
-اطلاع به واحد مددکاری
- تشخیص پرستاری و اقدامات مرتبط با تشخیص های پرستاری تدوین شده
مثال: تشخیص پرستاری:احتمال اختلال در سلامت پوست و بافت در ارتباط با بی تحرکی
اقدامات مرتبط: -تغییر پوزیشن بیمار هر 2ساعت
-استفاده از تشک مواج
-بررسی پوست از لحاظ قرمزی وتورم

- در ردیفهای بعدی مواردی مانند : دهان شویه، تن شویه، ماساژ، فیزیوتراپی قفسه سینه و همچنین انجام مراقبت های مربوط به زخم بستر/سقوط/ترومبو آمبولی و... نوشته می شود.
- معیار موریس و برادن محاسبه شده و نمره آن در ردیف مربوط به خود نوشته شود. در هر شیفت وضعیت بیمار ارزیابی گردیده در صورت تغییر در وضعیت، مجدداً محاسبه شده و نمره مربوطه تغییر داده شود.
- بیمارانی که در معرض خطر PTE یا DVT هستند، نمره و لنز محاسبه گردیده و نمره آن در ردیف مربوطه ثبت گردد.

ثبت دستورات پزشکی:

دستورات پزشکی با ذکر تاریخ و ساعت انجام در قسمت دستورات پزشکی ثبت گردند. مانند:

- کنترل وضعیت هوشیاری
- نحوه گرفتن اکسیژن همراه با نام وسیله و مقدار فلوی اکسیژن
- مانیتورینگ و EKG
- 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 پزشکی درج گردد.
- سایر دستورات پزشکی نیز که در کاردکس کادر مخصوص به آن اختصاص داده شده مانند
آزمایشات و گرافی ها و مشاوره و.. در کادر اختصاص یافته باید ثبت شود.

تاریخ اتصالات:

تاریخ اتصالات (NGT ، گاستروستومی، ژرnostومی، ایتتوباسیون ، فولی کاتتر F/C یا اکسترنال کاتتر E/C ، CVC و..) در ستون مربوطه درج گردد.

توضیحات سایر ستون ها:

- نوع راه هوایی مصنوعی و مشخصات ونتیلاسیون مکانیکی بیمار/NIV در ستون مربوطه درج گردد..
- زمان کنترل علایم حیاتی طبق دستور پزشک
- 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.
- قد و وزن در ستون مربوطه درج گردد.
- 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. پاتولوژی و تاریخ ارسال آن در زیر ستون آزمایشات ثبت گردد.

- هر گونه درخواست رزرو فرآورده های خونی در ستون مربوطه و در صورت ترانسفوزیون شدن در قسمت فرآورده های 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 . (داروهای PRN حتما با ثبت شرط ، ساعت و مدت اجرای دارو)
- مثال داروی PRN:

تاریخ Date	PRN Drugs	Dose دوز مصرفی	Rout روش مصرف	Time ساعت	ملاحظات Note
1402/6/7	AMP MORPHINE	5mg	IV	PRN/8h	هر 8 ساعت در صورت درد شدید قفسه سینه حداکثر تا 3 بار در 24 ساعت-رقیق شده با 5 سی سی آب مقطر

- در قسمت فرم بیمار یابی ، بیمارانی که برای آنها فرم بیمار یابی عفونت های مرتبط با مراقبتهای بهداشتی (فرم شماره 1). تکمیل شده است، تیک زده شود.
- تبصره: اقدامات پاراکلینیک و مشاوره های انجام شده که نیاز به ثبت و ماندگاری دارند از کاردکس پاک نشود. این اقدامات با کلمه " انجام شد " یا تیک جلوی آن مشخص شوند.

نمونه نحوه ثبت تجویز دارویی بیمار در کاردکس مراقبتی :

تاریخ	نام دارو	روش مصرف	مقدار	ساعت دارو	ملاحظات
1402/3/7	Amp ceftriaxone +100cc ser NS	IV INF	1 gr	6-14-22	در عرض 30 دقیقه
1402/3/7	Tab ASA	PO	80mg	12	بعد غذا
1402/6/7	Ser Ringer	IV INF	3000cc	12-20 20-4 4-12	—
1402/6/7	Ser NS	IV INF	OUT+200 CC	6-12 12-18 18-24 24-6	با کنترل I&O

کاردکس دارویی به صورت زیر طراحی شده است:

- برای نوشتن ساعت در کاردکس طبق دستورالعمل 1-24 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.

- طریقه مصرف دارو به طور صحیح نوشته شود (مانند خوراکی po، تزریقی
- (IM 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 حتما در کاردکس مقابل نام دارو در ستون ملاحظات ثبت شود. مثال: (قرص لوزارتان با شرط $Bp > 100$ داده شود).
- داروهای قطع شده از کاردکس پاک شوند و داروی جدید یا تغییر دوز 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.

سپاسی از توجه شما

