|  |  |
| --- | --- |
| **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:** **علائم حیاتی بدو ورود**: BP: PR: RR: T:  **نحوه ورود** : با پاي خود⬜ صندلي چرخدار ⬜ برانكارد ⬜ درآغوش ⬜ انکوباتور ⬜ سایر ⬜ نام ببرید ........................................................**منبع اطلاعات:** کودک والدینسایر نام ببرید**..............................** **سرپرست کودک:** والدین بستگان مراجع قانونی سایر موارد.................... **لوله و اتصالات بیمار**( IV ، استومی،لوله تراشه و...)ذکر نام و محل ....................................  |
| **وضعيت ارتباطي** | **سطح هوشياري :** هوشيار ⬜ خواب آلوده ⬜ گیج ⬜ بدون پاسخ ⬜ \*آگاهي به زمان، مكان و شخص: دارد ⬜ ندارد ⬜ غیرقابل ارزیابی ⬜**زبان و نوع گویش:** .......................... عدم رسیدن به سن تکلم ⬜ نياز به مترجم دارد : بله ⬜ خير ⬜ **نحوه صحبت كردن در صورت رسیدن به سن تکلم:** 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/ والدین) : ................................... 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:** ندارد⬜دارد⬜درصورت داشتن سابقه نام بیماری: .......................................... **سابقه بیماری در خانواده:** خیر ⬜ بله ⬜ نام بیماری ........................ نسبت فرد با بیمار ذکر شود .......................... **سابقه انجام واکسیناسیون در کودکان زیر 5 سال**(کپی کارت واکسن ضمیمه شود):کامل ⬜ نا کامل ⬜ **سابقه سوء مصرف دارو و مواد مخدر**: ندارد ⬜ دارد ⬜ ذکر نوع دارو و یا مواد مخدر: ..........................................**سابقه ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی:**  خیر⬜ بله ⬜ **سابقه واکنش به ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی:**  خیر ⬜ بله⬜ نمی داند ⬜ نوع واکنش: ...........................**خواب و استراحت:** 1- میزان خواب در 24 ساعت: 2- مشکلات خواب**:** ندارد **⬜** دارد **⬜** نام ببرید....................... |
| **حساسيت** | حساسیت دارویي : خیر ⬜ بله ⬜ نوع دارو : ...................................... نوع واکنش......................................حساسیت غذایي : خیر⬜ بله ⬜ نوع غذا: ...................................... نوع واکنش......................................حساسیت شیر خشک: خیر ⬜ بله ⬜ نوع شیر خشک: ............................... نوع واکنش......................................حساسیت به سایر موارد را نام ببرید: ......................................................... |
| **ارزیابی سیستم ها** | 1. **عصبی:** سرگیجه ⬜ عدم تعادل⬜ سردرد⬜ تشنج ⬜ کرختی 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 ..................
4. **گوارش:** رژیم غذایی خاص: خیر ⬜ بله ⬜ نام ببرید ................................................ شکایت از :. تهوع⬜ استفراغ ⬜ اختلال بلع⬜ اسهال ⬜ یبوست⬜ نفخ ⬜سایرتوضیحات.........................
5. **ادراری تناسلی:** بدون مشکل⬜پلی اوری⬜ اولیگوری⬜ سوزش ادرار ⬜ تکرر ادرار ⬜ هماچوری⬜ عفونت⬜ دیالیز ⬜ سایر موارد⬜ نام ببرید: .......................................
6. **پوست** : بدون مشکل⬜ رنگ پوست: سيانوز⬜ رنگ پريده⬜ زرد⬜ درجه حرارت پوست**:**گرم سرد⬜ تعريق⬜ تورگور پوست: طبيعي⬜ ضعيف⬜ زخم⬜ ترشحات⬜ ساير توضيحات..................
7. **اسکلتی عضلانی:** بدون مشکل⬜ گزگز⬜فلج ⬜ اسکلیوز⬜ سایر توضیحات.....................................................
8. **روحی و روانی :** وضعیت رفتاری: آرام ⬜ مضطرب ⬜ پرخاشگر ⬜ سایر ⬜ نام ببرید ...................................................................................

سابقه اقدام به خودکشی : دارد ⬜ ندارد ⬜ سابقه آسیب به خود ودیگران: دارد ⬜ ندارد ⬜مشاهده رفتارهای خاص (گریه بیش از حد،جویدن ناخن،بی اختیاری و...): بله ⬜ خیر ⬜1. **سایر سیستم ها:** وجود مشکل: بله⬜ خیر⬜ ذکر سیستم ومشکل:.....................................................
 |
|  | **ارزیابی تاريخچه دارویی در فرم تلفيق داروئي ثبت شود** |

کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت – G1- 10/96

|  |  |
| --- | --- |
| **محدودیت ها و توانایها** | **1 - محدودیت ها**(موارد زیر بر اساس سن بیمار ارزیابی می گردد)**:** **شنوایی:** غیر قابل ارزیابی ⬜ خیر ⬜ بله ⬜ در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا .......................... **بینایی:** غیر قابل ارزیابی ⬜ خیر ⬜ بله ⬜ در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و چشم مبتلا .......................... **نقص و قطع عضو:** خیر⬜ بله ⬜ درصورت پاسخ بله ذکرنوع نقص و اندام مربوطه(نام ببرید) ......................... **2- وسایل کمکی و پروتز ها:** ندارد ⬜ دارد ⬜ بر اساس موارد زیر مشخص نمایید.عصا ⬜ واکر ⬜ ویلچر ⬜ چوب زیربغل ⬜ پروتز اندام ⬜ پروتزچشمی ⬜ سمعک ⬜ عینک ⬜ سایر⬜ با ذکر نام ..............................**3- توانایی به صدا درآوردن زنگ احضار پرستار:** بله⬜ خیر⬜**4- انجام فعالیت روزانه زندگی :**غذا خوردن : مستقل ⬜ وابسته (به دلیل سن تقویمی) ⬜ وابسته (به دلیل ناتوانی) ⬜ لباس پوشیدن : مستقل ⬜ وابسته (به دلیل سن تقویمی) ⬜ وابسته (به دلیل ناتوانی) ⬜ حمام کردن : مستقل ⬜ وابسته (به دلیل سن تقویمی) ⬜ وابسته (به دلیل ناتوانی) ⬜ دستشویی رفتن : مستقل ⬜ وابسته (به دلیل سن تقویمی) ⬜ وابسته (به دلیل ناتوانی) ⬜ تحرک و جابجایی مستقل ⬜ وابسته (به دلیل سن تقویمی) ⬜ وابسته (به دلیل ناتوانی) ⬜  |
| **ارزیابی وضعیت تغذیه ای** | وزن (Kg) :  | قد(Cm) :  | مکملهای مورد استفاده: مولتی ویتامین/ vit A&D ⬜ مکمل آهن ⬜ سایر مکمل ها ⬜ |
| 1. در سن زیر5 سال: زد اسکور وزن برای قد کودک در چه محدوده ای قرار دارد؟ کمتر از 2- ⬜ بیشتر از 2+ ⬜ هیچکدام ⬜
 |
| 1. در سن بالای 5 سال: زد اسکور نمایه توده بدنی کودک در چه محدوده ای قرار دارد؟ کمتر از 2- ⬜ بیشتر از 2+ ⬜ هیچکدام ⬜
 |
| 1. آیا کودک طی 3 ماه اخیر کاهش وزن یا عدم افزایش وزن داشته است؟ بله ⬜ خیر ⬜
 |
| 1. آیا کودک دچار بی اشتهایی یا کاهش مصرف غذا می باشد؟ بله ⬜ خیر ⬜
 |
| 1. آیا کودک رژیم غذایی خاصی دارد؟ بله ⬜ خیر⬜ در صورتی که پاسخ بله است نوع آن درج گردد: .....................................................
 |
| نتیجه ارزیابیمراجعه کارشناس تغذیه لازم است: بله ⬜ خیر ⬜ ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است: بله ⬜ خیر ⬜ \* 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 2- یا بیشتر از 2+ در هر گروه سنی، پاسخ بله به یکی از سوالات و یا وجود یکی از بیماری ها با شرایط فوق الذکر |
| **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 هوشياري1 تا 4 | رطوبت پوست 1 تا 4 | فعاليت فيزيكي1 تا 4 | توانايي در تغيير پوزيشن 1 تا 4 | تغذيه1 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 بالاترريسك 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.jpgدر كودكان مقياس شكلي ارائه گردد. روشهاي تسكين درد : دارويي بله □ نوع دارو.......................... تاثير : .................... غير دارويي بله□ روش.........................تاثير .....................................تاثير درد روي فعاليت بيمار: دارد ⬜ ندارد ⬜  |
| **نشانه های کودک آزاری** | **نشانه های کودک آزاری :** ندارد⬜دارد⬜ **(**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 تنهاو...) ذکر شود .................................. |
| 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 **والدین/ همراه بیمار**كه بر روي روند درمان يا آموزش تاثير گذار باشد: بله ⬜ خير ⬜ غیر قابل ارزیابی⬜در صورت جواب بله توضيح دهيد. |
| نیازهای آموزشی خود مراقبتی بیمار | آیا **والدین/ همراه بیمار** تمایل به یادگیری دارد؟ بله ⬜ خیر ⬜ آیا  **والدین/ همراه بیمار** توانایی یادگیری دارد ؟ بله ⬜ خیر ⬜ در صورت جواب خیر نزدیکترین فرد به بیمارجهت ارائه آموزش:.................................................... موانع یادگیری وجود دارد: خیر ⬜ بله ⬜ (در صورت بله موارد مشخص شود) . 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:**
 |