|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 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.  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:** | | | | | | | | | | | | | | | | |