



گروه اعتبار بخشی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
کمیته علمی

ارزیابی بیمار توسط پرستار

"فرم + بسته آموزشی"

خرداد ۹۲

تهیه کنندگان:

- آقای دکتر علی عبادی، قائم مقام معاون درمان و ارزیاب اعتبار بخشی
- آقای دکتر حسین اجاقی، عضو هیئت علمی طب اورژانس
- آقای دکتر ایوب یعقوب دوست، مسئول اعتبار بخشی دانشگاه و ارزیاب ارشد اعتبار بخشی
- آقای احمد میراب، معاون اعتبار بخشی دانشگاه و ارزیاب ارشد اعتبار بخشی
- خانم آمنه میرزائی، کارشناس مسئول حاکمیت بالینی دانشگاه و ارزیاب ارشد اعتبار بخشی
- خانم افخم ورقائی، سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی تبریز
- خانم مرجان شیرازی، سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی شهدا تبریز
- خانم حمیده پیری، مسئول واحد بهبود کیفیت بیمارستان شهید محلاتی تبریز و ارزیاب اعتبار بخشی

برگ بررسی از نظر پرستاری NURSING ASSESSMENT SHEET



Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Unit Number: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Admission Date: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father's Name: نام پدر:
Bed: تخت:			

دستور بستری	اورژانس ☐	الکتیو ☐
دلیل بستری:.....	سابقه بستری:.....	اعضای مصنوعی:.....
نحوه ورود:	با پای خود ☐	صندلی چرخدار ☐
منبع اطلاعات:	بیمار ☐	خانواده ☐
همراهان بیمار:	خانواده ☐	دوستان ☐
زبان مادری:	ترکی آذری ☐	فارسی ☐
ارتباطات:	لکنت زبان ☐	کم شنوایی ☐
حساسیت دارویی:.....	حساسیت غذایی:.....	سابقه مصرف داروی خاص:.....
علائم حیاتی:	BP:	PR:
ارزیابی درد:	Pain Score:	Pediatric Pain Score:
ارزیابی ایمنی:	سالمندان ☐	کودکان ☐
	مادران باردار ☐	زندانیان ☐
	سایر:.....	سایر توضیحات: T: RR: PP: BP: سایر توضیحات: T: RR: PP: BP:

وضعیت بیمار	وضعیت نرمال
خیر	بلی
	مغز و اعصاب / موتور: بیمار بیدار، هشدار است آگاه به، مکان و زمان و اشخاص پاسخ به صدا و اجرای دستورات قدرت برابر و متقارن همه اندام ها حرکت لب گفتار روشن و قابل فهم حافظه سالم رفتار مناسب PERRLA Pupils Equal Round Reactive to Light and Accommodation
	قلب و عروق: ضربان قلب آپیکال به طور منظم، میزان ۶۰-۱۰۰ پالس های محیطی قابل لمس اندام

			پر شدن مویرگی در کمتر از ۳ ثانیه اندام های گرم در لمس بدون بی حسی یا سوزن سوزن شدن رنگ پوست معمولی ادم بدون تندرns بدون درد قفسه سینه
	خیر	بلی	ریوی: تنفس به طور منظم، میزان ۱۲-۲۰ بدون تنگی نفس در حالت استراحت و یا در فعالیت صداهای تنفسی واضح بدون سرفه، بدون خلط میزان ۹۳٪ اکسیژن خون شریانی در هوای اطلاق
	خیر	بلی	دستگاه گوارش: شکم صاف، بدون درد صداهای شکمی و روده ای مثبت بدون تهوع / استفراغ، تحمل رژیم غذایی مخاط سالم دهان مدفوع با قوام طبیعی ، قهوه ای و نرم
	خیر	بلی	ادراری تناسلی: مثانه بدون درد یا تکرر ادراری مثانه پس از ادرار کردن متسع نمی شود ادرار روشن، زرد کهربایی رنگ است خونریزیهای غیر طبیعی زنان
	خیر	بلی	پوست: گرم، خشک و سالم تورگور مناسب بدون قرمزی، تورم و یا زخم ارزیابی زخم بستر: Stage _____ حجم، سانتی متر طول _____ عرض _____ ارتفاع _____ ظاهر بستر زخم _____ ظاهر کناره های زخم _____ ترشحات _____ بو _____ درد _____ درمان _____
	خیر	بلی	حرکتی/حسی: بدون اختلال حسی بدون اختلال حرکتی بدون فلاسید و یا اسپاسیتی بدون قطع عضو
	خیر	بلی	لاین های تهاجمی (IV;CVP;CHEST TUBE &...) نوع _____ محل _____ نوع _____ محل _____ نوع _____ محل _____

			نوع _____ محل _____
			نوع _____ محل _____ بدون قرمزی، ترشح، تورم، درد و گرگرفتگی و پاسمان مناسب
	خیر	بلی	پانسمان جراحی یا ارزیابی زخم: پانسمان خشک و دست نخورده بخیه، منگنه، نوار استری دست نخورده بدون قرمزی، حساسیت به لمس، افزایش دما لبه های زخم تقریبا خوب بدون ترشحات

تشخیصهای پرستاری:	طرح مراقبت پرستاری:
۱.	۱.
۲.	۲.
۳.	۳.
۴.	۴.
۵.	

تاریخ : ساعت:

امضاء کارشناس پرستاری

این فرم به عنوان الگو برای ارزیابی پرستاری بیماران طراحی شده است. وجود این فرم در پرونده بیماران بستگی به نظر و تاییدیه کمیته مدارک پزشکی بیمارستان دارد ولی آنچه مهم است ارزیابی پرستاری بیمار نباید از یاد رفته باشد. این ارزیابی ها علاوه بر اینکه نهایتاً به تشخیصهای پرستاری و طراحی مراقبتهای پرستاری منجر میشود، کمک زیادی در ارزیابی های پزشک و تشخیص های پزشک ایفا مینماید. ممکن است بیمارستان برای ارزیابی بیمار از دیدگاه پرستاری به علت تنوع خدمات بخشها از نمونه های دیگری استفاده کند که نهایتاً حتی در یک بیمارستان چند نوع فرم ارزیابی طراحی گردد.

این فرم ارزیابی اولیه بوده و ظرف مدت حداکثر ۶ ساعت در اورژانس و تختهای ستاره دار (دیالیز، تالاسمی، بلوک زایمانی قبل از انتقال به پست پارتوم، شیمی درمانی، هموفیلی و ...) و ۲۴ ساعت در سایر بخشهای بستری تکمیل می گردد و لازم است مطابق سنجه های اعتباربخشی محدوده زمانی ارزیابی در سقف زمانی فوق الذکر توسط بیمارستان تعیین و جهت اجرا در بخشهای بالینی (از طریق مکاتبه و تدوین خط مشی و روش مربوطه) ابلاغ شود. مهم این است که ارزیابی اولیه و ارزیابی های بعدی تکمیلی بیماران از دیدگاه پرستاری انجام گرفته و در فرم گزارش پرستاری ثبت شود. این فرم و یا فرمهای مشابه دیگر میتواند در راستای شناخت حیطه های مختلف ارزیابی به پرستاران کمک نماید.

فرم مذکور میتواند در موارد ارزیابی بستری های موقت و طولانی مدت استفاده گردد و توصیه میگردد حتماً در ارزیابی اولیه بیماران مدنظر قرار گیرد.

در بالای فرم اطلاعات دموگرافیک بیماران آورده شده است که لازم است در بیمارستانهایی که از برچسب مشخصات بیماران استفاده نمی نمایند بطور کامل تکمیل گردد.

در قسمت بعدی اطلاعات کلی مربوط به بستری بیمار آورده شده است که توضیحات مربوطه به اختصار توضیح داده میشود. دستور بستری، نوع پذیرش بیمار را مشخص می نماید که به صورت اورژانسی یا الکتیو می باشد که لازم است در مقابل عنوان مذکور تیک زده شود.

دستور بستری	اورژانس ☐	الکتیو ☐
-------------	----------------------------------	---------------------------------

دلیل بستری شدن با نظر و دیدگاه بیمار، وجود سابقه بستری، و وجود اعضای مصنوعی در بدن و همچنین وجود سابقه بیماریهای زمینه ای در این قسمت درج می شود.

دلیل بستری:	سابقه بستری:	اعضای مصنوعی:	سابقه بیماریهای زمینه ای:
.....			

نحوه ورود بیمار به بخش در قسمت زیر مشخص می گردد که در نوع مراقبت مورد نیاز و تسهیلات مورد نیاز بیمار نقش مهمی دارد.

نحوه ورود:	با پای خود ☐	صندلی چرخدار ☐	برانکار ☐
------------	-------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

منبع اطلاعاتی که در مورد بیمار و در خصوص تکمیل فرم استفاده مشخص می گردد.

منبع اطلاعات:	بیمار ☐	خانواده ☐	سایر منابع:.....
---------------	--------------------------------	----------------------------------	------------------

داشتن یا نداشتن همراه بیمار با تیک زدن در قسمتهای مربوطه مشخص میگردد. در این قسمت منظور همراه مقیم بیمار بوده و همراه درمانی هدف سوال نمی باشد.

همراهان بیمار:	خانواده ☐	دوستان ☐	هیچکس ☐
----------------	----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

زبانی که بیمار یا منبع اطلاعاتی بیمار با آن تکلم می نماید مشخص می گردد که نقش زیادی در برقراری ارتباط موثر دارد.

زبان مادری:	ترکی آذری ☐	فارسی ☐	سایر:.....
-------------	------------------------------------	--------------------------------	------------

مشکل در وجود ارتباطات کلامی، شنوایی و بینائی در قسمت زیر مشخص میگردد.

ارتباطات:	لکنت زبان ☐	کم شنوایی ☐	کم بینائی ☐
-----------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

وجود حساسیت خاص داروئی، غذائی و سوابق مصرف داروی خاص در این قسمت درج می شود.

حساسیت داروئی:.....	حساسیت غذائی:.....	سابقه مصرف داروی خاص:.....
---------------------	--------------------	----------------------------

علائم حیاتی بیمار در بدو ورود در این قسمت درج میگردد.

علائم حیاتی:	BP:	PR:	RR:	T:
--------------	-----	-----	-----	----

درد بیمار بصورت کامل ارزیابی میگردد که ابزار آن در این مجموعه آورده شده است. ارزیابی شدت درد در بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است چرا که درد ادامه دار و شدید میتواند علاوه بر رنجور نمودن بیمار باعث بروز و ایجاد بیماریهای دیگر گردد.

ارزیابی درد:	Pain Score:	Pediatric Pain Score:	سایر توضیحات:
--------------	-------------	-----------------------	---------------

مشخص شدن سطح ایمنی سالمندان، کودکان، مادران باردار، زندانیان و سایر بیمارانی که از داروهای سرکوب کننده ایمنی و تضعیف کننده های ایمنی استفاده میکنند، میتواند در ارزیابی وضعیت بیمار کمک کننده باشد.

ارزیابی ایمنی:	سالمندان ☐	کودکان ☐	مادران باردار ☐	زندانیان ☐	سایر:.....
----------------	-----------------------------------	---------------------------------	--	-----------------------------------	------------

در قسمت بعدی که از چهار ستون تشکیل شده است، وضعیت فعلی بیمار با وضعیت طبیعی مقایسه و نتایج آن ثبت میگردد. این وضعیتها شامل: مغز و اعصاب / موتور ، قلب و عروق ، ریوی، دستگاه گوارش ، ادراری- تناسلی، پوست، وضعیت حسی- حرکتی و بررسی لاینهای تهاجمی و ارزیابی زخم و پانسمان جراحی میباشد که کافی است وضعیت بیمار در قسمت مربوطه ثبت گردد. قسمت ثبت وضعیت در ارزیابی اول تکمیل میگردد و چنانچه تغییری در وضعیت بیمار در ارزیابی های بعدی رخ دهد لازم است در گزارشات پرستاری درج گردد.

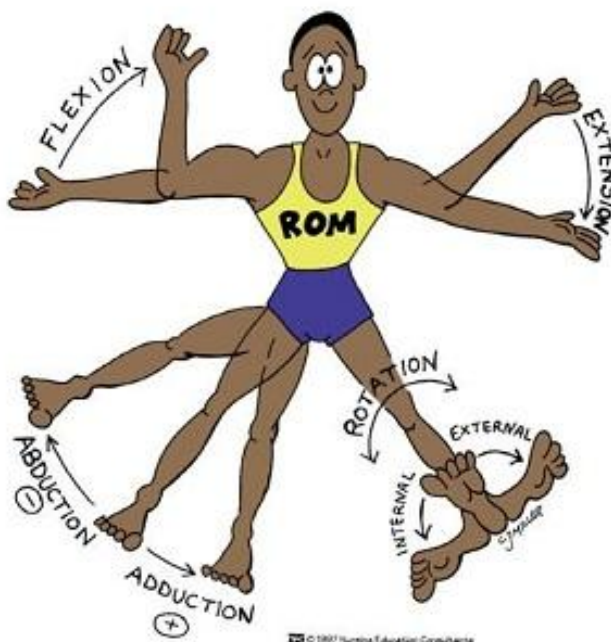
ابزارها

استفاده از ابزارها برای ارزیابی وضعیت بیمار می تواند در شناخت علائم و حالات بیمار کمک کننده باشد. ممکن است برای ارزیابی بیمار از تستها و ابزارهای متفاوتی استفاده گردد ولی آنچه مهم است ارزیابی کامل بیمار است که باید مورد توجه جدی باشد.

ابزار تعیین مرحله زخم بستر

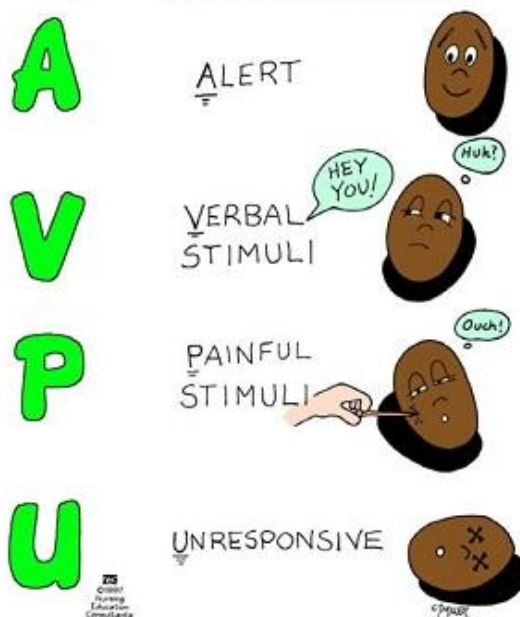
مرحله ۱	قرمز شدن محل تحت فشار
مرحله ۲	تاول، آسیب پوست
مرحله ۳	آسیب پوستی و بافت زیر جلد
مرحله ۴	آسیب پوست، ماهیچه و استخوان

RANGE OF MOTION



بررسی سطح هوشیاری بیمار

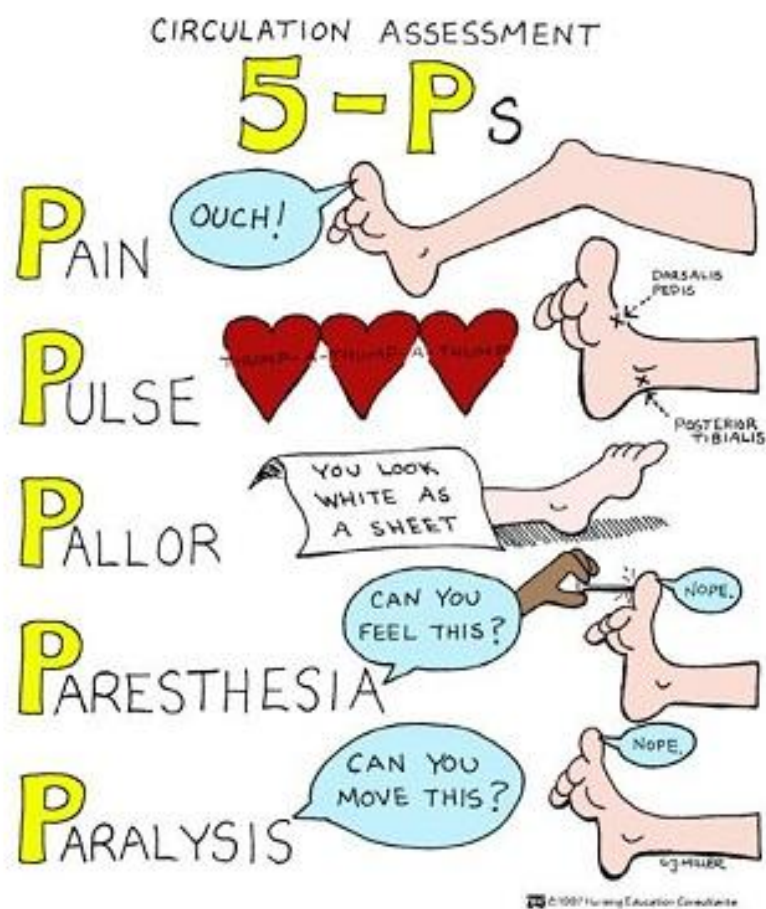
LEVELS OF CONSCIOUSNESS



بررسی اندامها از نظر سندرم کمپارتمان موضعی

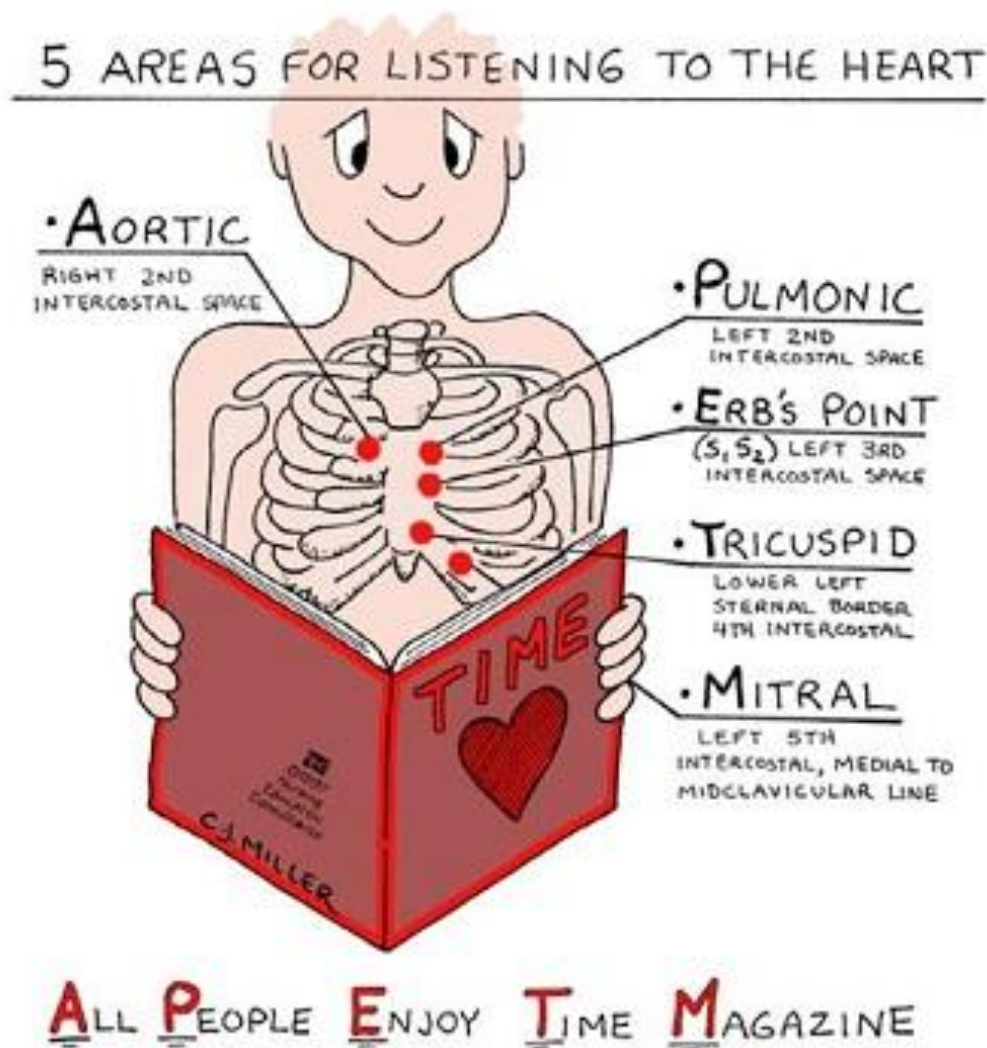
پنج علامت زیر ارزیابی می‌گردد که شامل:

۱. درد: معمولاً شدید، عمیق، ثابت
۲. پالس: فقدان نبض به ندرت در بیماران رخ می‌دهد
۳. رنگ پریدگی: کبودی و براق پوست متورم
۴. پarestزی: تغییر احساس
۵. فلج: یافته مهم در مراحل نهایی سندرم کمپارتمان



بررسی نقاط سمع قلب با استتوسکوپ

یکی از مهم ترین روش های معاینه فیزیکی، سمع قلب است که عموماً پرستاران از آن اجتناب میکنند ولی ارزیابی از **نرمع** صداهای قلبی و افتراق صداهای طبیعی و غیر طبیعی میتواند به ارزیابی های پرستاری و پزشکی کمک نماید.



EMERGENCY TRAUMA ASSESSMENT

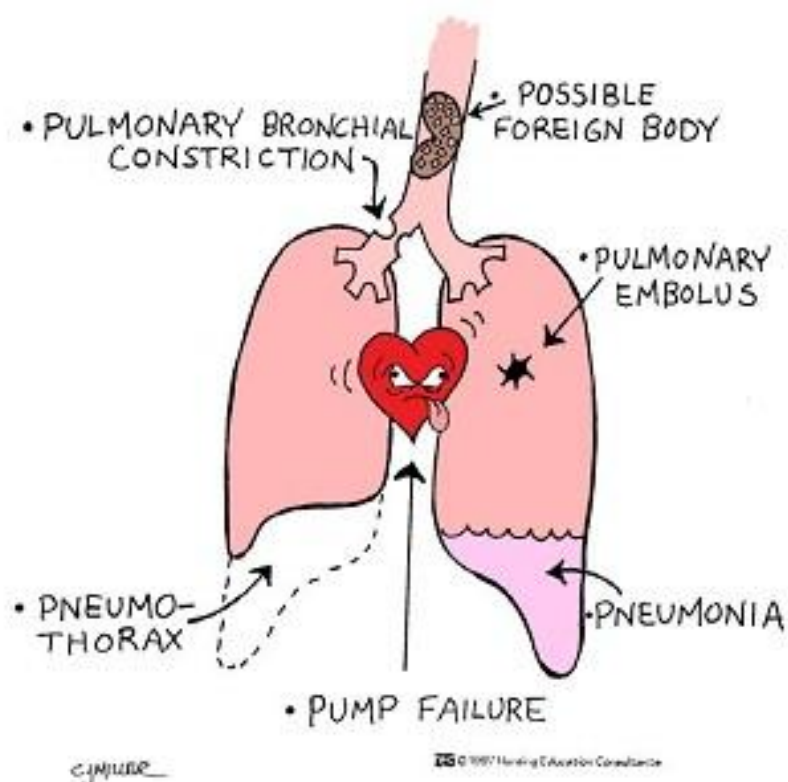


ابزار 6P در ارزیابی تنفسی و تنگی نفس استفاده می گردد

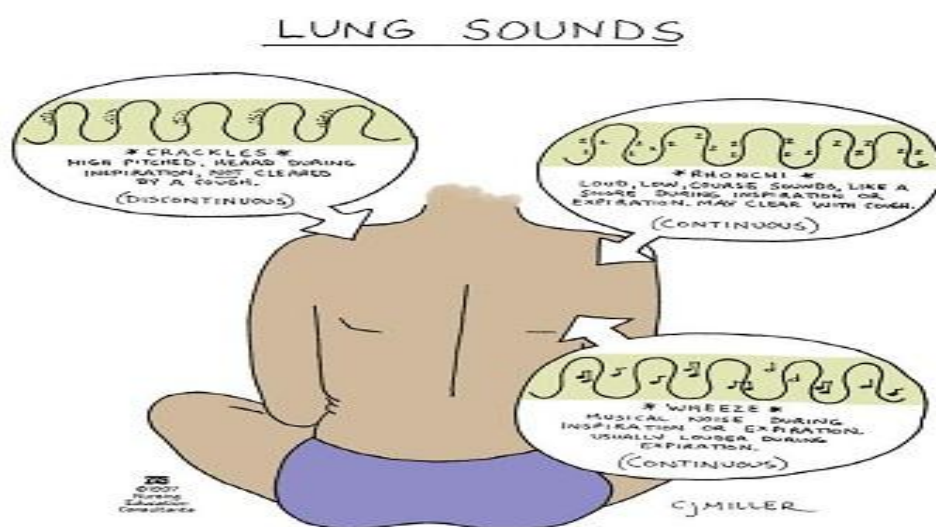
ابزار در تصویر زیر نشان داده شده است:

- انقباض برونش ریوی
- پنوموتوراکس
- شکست پمپ
- جسم خارجی احتمالی
- آمبولی ریوی
- پنومونی

6-Ps OF DYSPNEA



همچنین برای ارزیابی صداهای تنفسی می توان از ابزار زیر استفاده نمود



سایر ابزارها با توجه به نوع بخشهای تخصصی و فوق تخصصی انتخاب می گردد.

منابع:

۱. پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث - مفاهیم پایه - ۲۰ استاد

۲. بررسی و معاینات بالینی برای پرستاران - شیوا سادات - انتشارات رفیع

3. http://www.medtrng.com/blackboard/basic_nursing_assessment.ht

4. <http://www.online-nursing-dot.com/mnemonics-for-nursing.html>

۵. اسلایدهای سخنرانی خانم ورقائی سوپر وایزر آموزشی بیمارستان شهید مدنی تبریز

۶. اسلایدهای سخنرانی خانم شیرازی سوپر وایزر آموزشی بیمارستان شهدای تبریز