

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

اطلاعات پایه

ساعت ورود به بخش: ساعت شروع ارزیابی: BP: PR: RR: T: علائم حیاتی بد ورود:

نحوه ورود: با پای خود  صندلی چرخدار  برانکارد  در آغوش  سایر  نام ببرید: .....

منبع اطلاعات: کودک  والدین  سایر  نام ببرید: .....

لوله و اتصالات بیمار (IV، استومی و...) ذکر نام و محل: .....

وضعیت ارتباطی

سطح هوشیاری: هوشیار  گیجی  خواب آلوده  بدون پاسخ  سایر  نام ببرید: .....

زبان و نوع گویش در صورت رسیدن به سن تکلم: نیاز به مترجم دارد: بله  خیر  ارتباط چشمی: دارد  ندارد

ارتباط کلامی در صورت رسیدن به سن تکلم: ۱- تن صدا: طبیعی  بلند  آهسته  ۲- سرعت تکلم: طبیعی  زیاد  کم  با تاخیر  فشار تکلم ۳- میزان تکلم: طبیعی  پر حرف  کم حرف  فقر کلام  خاموشی  ۴- اختلال تکلم: لکنت زبان  دیسفونی  سایر: .....

وضعیت عمومی

ظاهر کلی: مرتب  ژولیده  سایر  نام ببرید: .....

در صورت وجود زخم و آثار جراحی، کبودی، اسکار، خالکوبی، موقعیت آناتومیک آن ذکر شود: .....

سایر مشکلات پوست از قبیل وجود (شپش، گال و...) خیر  بله  نام ببرید: .....

وضعیت روانی و حرکتی: طبیعی  کاتاتونیا  سختی و سختی  انعطاف مومی شکل  تیک  سایر  نام ببرید: .....

بررسی وضعیت

خلقی / ادراکی: طبیعی  تحریک پذیر  پر خاشاکر  سرخوشی (خلق بالا)  سایر  نام ببرید: .....

عاطفه: متناسب  نامتناسب  کند  محدود  سطحی  بی ثبات  بی تفاوتی  سایر  نام ببرید: .....

هذیان: دارد  ندارد  \* نوع آن: .....

\* توهّم: دارد  ندارد  نوع آن: .....

شنوایی  بینایی  بویایی  سایر  نام ببرید: .....

آگاهی

\* اختلال موقعیت سنجی: غیر قابل ارزیابی  ندارد  دارد  مشخص کنید: مکان  زمان  افراد  \* تمرکز: غیر قابل ارزیابی  دارد  ندارد

\* اختلال حافظه: غیر قابل ارزیابی  ندارد  دارد  مشخص کنید: فوری  نزدیک  دور  \* بینش: غیر قابل ارزیابی  ندارد  دارد  نسبی

ارزیابی خطر

و دیگران آسیب به خود

با توجه به سن تکاملی اطفال: غیر قابل ارزیابی  قابل ارزیابی

سابقه آسیب به خود (خود زنی): ندارد  دارد  سابقه آسیب به دیگران: ندارد  دارد  سابقه خودکشی: ندارد  دارد

روشن انجام خودکشی های قبلی: ..... افکار خودکشی: ندارد  دارد  نیاز به ارزیابی مهار فیزیکی و شیمیایی: ندارد  دارد

تاریخچه سلامت و بیماری

شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار / والدین): .....

سابقه بستری: ندارد  دارد  تاریخ آخرین بستری: ..... علت آخرین بستری: .....

سابقه بیماری (جسم / روان / احتلال مادرزادی) ندارد  دارد  در صورت داشتن سابقه نام بیماری: .....

سابقه بیماری در خانواده (جسم / روان): خیر  بله  نام بیماری / بیماریها: .....

سابقه انجام واکسیناسیون در کودکان زیر ۵ سال (کپی کارت واکسن ضمیمه شود): کامل  نا کامل

عادات و عوامل خطر \* سوء مصرف دارو  سوء مصرف موادمخدر  مصرف الکل  مصرف سیگار  مصرف قلیان  سایر  نام ببرید: .....

\* خواب و استراحت: ۱- میزان خواب و استراحت در ۲۴ ساعت: .....

- مشکلات خواب: ندارد  دارد  نام ببرید: .....

حساسیت ها

حساسیت دارویی: خیر  بله  نمی داند  نوع دارو: .....

حساسیت غذایی: خیر  بله  نمی داند  نوع غذا: .....

حساسیت به سایر موارد را نام ببرید: .....

ارزیابی سیستم ها

محور	وجود مشکل / وضعیت خاص	ذکر مشکل یا وضعیت خاص
تنفس (الگوی تنفس / ترشحات / رال ...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
قلب و عروق (نض و ...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
پوست (حرارت، رطوبت، تمامیت، زخم و ...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
گوارش و دفع (یبوست / اسهال / بی اختیاری ...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
ادراری (بی اختیاری / احتیاس / دیزوری و ...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
سایر سیستم ها	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	

**فرم ارزیابی اولیه پرستاری کودک و نوجوان در بخش روان**  
**INITIAL PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT SHEET**

نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو
<b>۱- محدودیت‌ها (موارد زیر بر اساس سن بیمار ارزیابی می‌گردد):</b> - شنوایی: غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا ..... - بینایی: غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و چشم مبتلا ..... - نقص و قطع عضو: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع نقص و اندام مربوطه ..... <b>۲- وسایل کمکی و پروتزها:</b> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> بر اساس موارد زیر مشخص نمایید. عضا <input type="checkbox"/> واکر <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/> چوب زیربغل <input type="checkbox"/> پروتز اندام <input type="checkbox"/> پروتز چشمی <input type="checkbox"/> سمعک <input type="checkbox"/> عینک <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید: .....						
<b>*۳- انجام فعالیت روزانه زندگی:</b> غذا خوردن: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/> لباس پوشیدن: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/> حمام کردن: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/> دستشویی رفتن: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/> تحرک و جابجایی: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>						
وزن (Kg): <input type="text"/> قد (Cm): <input type="text"/> مکمل های مورد استفاده: مولتی ویتامین / Vit A&D <input type="checkbox"/> مکمل آهن <input type="checkbox"/> سایر مکمل ها <input type="checkbox"/>						
-در سن ۵ زیر ۵ سال: زد اسکور وزن برای قد کودک در چه محدوده ای قرار دارد؟ کمتر از -۲ <input type="checkbox"/> بیشتر از +۲ <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/>						
-در سن بالای ۵ سال: زد اسکور نمایه توده بدنی کودک در چه محدوده ای قرار دارد؟ کمتر از -۲ <input type="checkbox"/> بیشتر از +۲ <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/>						
- آیا کودک طی ۳ ماه اخیر کاهش وزن یا عدم افزایش وزن داشته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>						
- آیا کودک دچار بی اشتهایی یا کاهش مصرف غذا می باشد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>						
- آیا کودک رژیم غذایی خاصی دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورتی که پاسخ بله است نوع آن درج گردد: .....						
کودک کدامیک از شرایط یا بیماریهای زیر را دارد: سوءتغذیه <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> سوختگی <input type="checkbox"/> بیماریهای کلیوی <input type="checkbox"/> بیماری های غدد و متابولیک <input type="checkbox"/> بیماری های گوارشی و کبدی <input type="checkbox"/> کاندید عمل جراحی ماژور <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/>						
<b>*نتیجه ارزیابی:</b> مراجعه 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 صورت وجود هر یک از شرایط زیر، اطلاع رسانی به کارشناس تغذیه جهت انجام مشاوره با اطلاع پزشک، لازم است. زد اسکور کمتر از -۲ یا بیشتر از +۲ در هر گروه سنی، پاسخ بله به یکی از سوالات و یا وجود یکی از بیماری ها با شرایط فوق الذکر						
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 سقوط: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>						
چهره کودک منطبق بر کدام شکل های زیر است؟ 0 No Pain (Smiley) 1 Mild 2 Moderate 3 Moderate 4 Moderate 5 Reverse 6 Reverse 7 Reverse 8 Reverse 9 Reverse 10 Worst (Frowny) روش های تسکین درد: دارویی (ذکر نام دارو) غیردارویی (ذکر روش)						
<b>نشانه های کودک آزاری:</b> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> 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 تنها... ذکر شود .....						
<b>*بیمار جزء گروه های پرخطر اجتماعی (رجوع به راهنما) می باشد:</b> 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: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نسبت با بیمار: ..... *ارجاع از ارگانهای قضایی و حمایتی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> *بدون مشکل <input type="checkbox"/>						
<b>ارزشهای مذهبی و فرهنگی والدین/ همراه بیمار که بر روی روند درمان یا آموزش تاثیر گذار باشد:</b> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> در صورت جواب بله توضیح دهید.						
<b>آیا والدین/ همراه بیمار تمایل به یادگیری دارد؟</b> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <b>آیا والدین/ همراه بیمار توانایی یادگیری دارد؟</b> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت جواب خیر نزدیکترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش: ..... موانع یادگیری وجود دارد: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> (در صورت بله موارد مشخص شود) ذکر نیاز های آموزشی بیمار و خانواده در بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده:						
<b>آیا بیمار نیاز به بررسی های جامع تر دارد؟</b> 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:						
۱- ۲- ۳-						
نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار ساعت پایان ارزیابی تاریخ						