

فرم ارزیابی اولیه پرستاری کودک

INITIAL PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT SHEET

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family: خانواده:
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:
	علائم حیاتی بدو ورود: T: RR: PR: BP:	نحوه ورود: با پای خود <input type="checkbox"/> صندلی چرخدار <input type="checkbox"/> برانکاردر <input type="checkbox"/> درآغوش <input type="checkbox"/> انکوباتور <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید
	منبع اطلاعات: کودک <input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> سایر نام ببرید	سرپرست کودک: والدین <input type="checkbox"/> بستگان <input type="checkbox"/> مراجع قانونی <input type="checkbox"/> سایر موارد: <input type="checkbox"/>
	لوله و اتصالات بیمار (IV، استومی، لوله تراشه و...) ذکر نام و محل	

وضعیت ارتطبی	سطح هوشیاری: هوشیار <input type="checkbox"/> خواب آلوده <input type="checkbox"/> گیج <input type="checkbox"/> بدون پاسخ <input type="checkbox"/> *آگاهی به زمان، مکان و شخص: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> غیرقابل ارزیابی <input type="checkbox"/>
	زبان و نوع گویش: عدم رسیدن به سن تکلم <input type="checkbox"/> نیاز به مترجم دارد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	نحوه صحبت کردن در صورت رسیدن به سن تکلم: واضح <input type="checkbox"/> اشکال در تکلم <input type="checkbox"/> عدم توانایی در صحبت کردن <input type="checkbox"/> با اشاره <input type="checkbox"/>
	وضعیت همکاری: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> با ذکر دلیل

بررسی تاریخچه سلامت و بیماری	شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار/ والدین):	علت بستری (تشخیص اولیه پزشک معالج):
	سابقه بستری: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> تاریخ آخرین بستری:	علت آخرین بستری:
	سابقه جراحی: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ذکر نوع عمل جراحی:	سابقه بیماری:
	سابقه بیماری در خانواده: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام بیماری:	نسبت فرد با بیمار ذکر شود
	سابقه انجام واکسیناسیون در کودکان زیر ۵ سال (کپی کارت واکسن ضمیمه شود): کامل <input type="checkbox"/> نا کامل <input type="checkbox"/>	
	سابقه سوء مصرف دارو و مواد مخدر: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ذکر نوع دارو و یا مواد مخدر:	
	سابقه ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
	سابقه واکنش به ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/> نوع واکنش:	
	خواب و استراحت: ۱- میزان خواب در ۲۴ ساعت: ۲- مشکلات خواب: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نام ببرید:	

حساسیت ها	حساسیت دارویی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نوع دارو: نوع واکنش:
	حساسیت غذایی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نوع غذا: نوع واکنش:
	حساسیت شیر خشک: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نوع شیر خشک: نوع واکنش:
	حساسیت به سایر موارد را نام ببرید:

ارزیابی سیستم ها	۱. عصبی: سرگیجه <input type="checkbox"/> عدم تعادل <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> کرختی و بیحسی <input type="checkbox"/> مردمک ها: قرینه <input type="checkbox"/> غیر قرینه <input type="checkbox"/> سایر توضیحات:
	۲. قلبی و عروقی: نبض: سینوسی <input type="checkbox"/> تاکی کاردی <input type="checkbox"/> برادیکاری <input type="checkbox"/> سیانوز <input type="checkbox"/> واریس <input type="checkbox"/> ادم <input type="checkbox"/> سایر توضیحات:
	۳. تنفسی: بدون مشکل <input type="checkbox"/> تنفس عمیق <input type="checkbox"/> سریع <input type="checkbox"/> سطحی <input type="checkbox"/> آهسته <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> خلط <input type="checkbox"/> دیس پنه <input type="checkbox"/> در زمان استراحت <input type="checkbox"/> ارتوپنه <input type="checkbox"/> سیانوز <input type="checkbox"/> هموپتی <input type="checkbox"/> کلابینگ <input type="checkbox"/> اکسیژن تراپی <input type="checkbox"/> سایر توضیحات:
	۴. گوارش: رژیم غذایی خاص: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام ببرید
	۵. ادراری تناسلی: بدون مشکل <input type="checkbox"/> پلی اوری <input type="checkbox"/> اولیگوری <input type="checkbox"/> سوزش ادرار <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> هماچوری <input type="checkbox"/> عفونت <input type="checkbox"/> دیالیز <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> نام ببرید:
	۶. پوست: بدون مشکل <input type="checkbox"/> رنگ پوست: سیانوز <input type="checkbox"/> رنگ پریده <input type="checkbox"/> زرد <input type="checkbox"/> درجه حرارت پوست: گرم <input type="checkbox"/> سرد <input type="checkbox"/> تعریق <input type="checkbox"/> تورگور پوست: طبیعی <input type="checkbox"/> ضعیف <input type="checkbox"/> زخم <input type="checkbox"/> ترشحات <input type="checkbox"/> سایر توضیحات:
	۷. اسکلتی عضلانی: بدون مشکل <input type="checkbox"/> گزگز <input type="checkbox"/> فلج <input type="checkbox"/> اسکلیوز <input type="checkbox"/> سایر توضیحات:
	۸. روحی و روانی: وضعیت رفتاری: آرام <input type="checkbox"/> مضطرب <input type="checkbox"/> پرخاشگر <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید
	۹. سایر سیستم ها: وجود مشکل: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سابقه آسیب به خود و دیگران: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> مشاهده رفتارهای خاص (گریه بیش از حد، جویدن ناخن، بی اختیاری و...): بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سایر سیستم ها: وجود مشکل: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ذکر سیستم و مشکل:

نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو

فرم ارزیابی اولیه کودک

INITIAL PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT SHEET

محدودیت ها	<p>۱ - محدودیت ها (موارد زیر بر اساس سن بیمار ارزیابی می گردد):</p> <p>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 (نام برید)</p>																			
	<p>۲ - وسایل کمکی و پروتزها: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> بر اساس موارد زیر مشخص نمایید. عصا <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"/> با ذکر نام</p>																			
	<p>۳ - توانایی به صدا درآوردن زنگ احضار پرستار: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>																			
	<p>۴ - انجام فعالیت روزانه زندگی:</p> <table border="0"> <tr> <td>غذا خوردن:</td> <td>مستقل <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>لباس پوشیدن:</td> <td>مستقل <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>حمام کردن:</td> <td>مستقل <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>دستشویی رفتن:</td> <td>مستقل <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>تحرك و جابجایی:</td> <td>مستقل <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	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"/>	تحرك و جابجایی:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>
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"/>																	
تحرك و جابجایی:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>																	
ارزیابی تغذیه ای	<p>وزن (Kg): قد (Cm): مکملهای مورد استفاده: مولتی ویتامین / vit A&D <input type="checkbox"/> مکمل آهن <input type="checkbox"/> سایر مکمل ها <input type="checkbox"/></p> <p>- در سن 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"/></p> <p>- 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"/></p> <p>- آیا کودک طی ۳ ماه اخیر کاهش وزن یا عدم افزایش وزن داشته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>- آیا کودک دچار بی اشتها یا کاهش مصرف غذا می باشد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>- آیا کودک رژیم غذایی خاصی دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورتی که پاسخ بله است نوع آن درج گردد:</p> <p>- کودک کدامیک از شرایط یا بیماریهای زیر را دارد:</p> <p>سوء تغذیه <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 مازور <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/></p> <p>* نتیجه ارزیابی: 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"/></p> <p>* 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</p>																			
	<p>ارزیابی احتمال ابتلا به زخم فشاری</p> <p>در صورت وجود زخم فشاری موقعت آناتومیک آن بر اساس راهنما قید شود. احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>																			
	<p>ارزیابی احتمال سقوط</p> <p>احتمال خطر سقوط: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>																			
	<p>غریبالگری و بررسی تسکینی</p> <p>چهره کودک منطبق بر کدام شکل های زیر است؟ 0 None 1 2 Mka 3 4 Modemalo 5 6 7 8 9 Sawa 10 No Hurt Hurts little bit Hurts little more Hurts even more Hurts whole lot Hurts worst روش های تسکین درد: دارویی (ذکر نام دارو) غیر دارویی (ذکر روش) تاثیر درد بر فعالیت بیمار: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>																			
	<p>نشانه های کودک آزاری</p> <p>نشانه های کودک آزاری: 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 و...) ذکر شود</p>																			
	<p>ارزیابی نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی</p> <p>* بیمار جزء گروه های پرخطر اجتماعی (رجوع به راهنما) می باشد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>* مشکل در پرداخت هزینه های درمان (مصدومین ترافیکی، مصدومین شغلی، فاقد بیمه، اتباع غیر ایرانی): دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>* حضور همراه موثر: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> *ارجاع از ارگانهای قضایی و حمایتی: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>* بدون مشکل <input type="checkbox"/></p>																			
	<p>ارزشهای مذهبی و فرهنگی</p> <p>ارزشهای مذهبی و فرهنگی والدین / همراه بیمار که بر روی روند درمان یا آموزش تاثیر گذار باشد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت جواب بله توضیح دهید:</p>																			
	<p>نیازهای آموزشی خود مراقبتی بیمار</p> <p>آیا والدین / همراه بیمار تمایل به یادگیری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا والدین / همراه بیمار توانایی یادگیری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت جواب خیر نزدیکترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش: موانع یادگیری وجود دارد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت بله موارد مشخص شود)</p> <p>ذکر نیاز های آموزشی بیمار و خانواده در بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده:</p>																			
	<p>بررسی بیشتر</p> <p>یا بیمار نیاز به بررسی های جامع تر ذیل دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> (در صورت بله موارد مشخص شود) مددکاری <input type="checkbox"/> تغذیه ای <input type="checkbox"/> باز توانی <input type="checkbox"/> روانپزشکی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/></p>																			
	<p>سطح مراقبتی</p> <p>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"/></p>																			
<p>تشخیص های پرستاری بدو ورود با توجه به ارزیابی اولیه:</p> <p>۱- ۲- ۳-</p>																				
<p>نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار تاریخ: ساعت پایان ارزیابی:</p>																				