**برگ بررسي از نظر پرستاري**

**NURSING ASSESSMENT SHEET**

**مركز پزشكي آموزشي درماني: Medical Center:**

شماره پرونده: Unit Number:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام خانوادگي: Family Name: | نام: Name: | بخش: Ward:  اطاق: Room:  تخت: Bed: | پزشک معالج: Attending Physician: |
| نام پدر: Father's Name: | تاريخ تولد: Date of Birth: | تاريخ پذيرش:  Admission Date: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| دستوربستري | | اورژانس □ | | الکتيو □ | | | | |
| دليل بستري:................... | | سابقه بستري:............. | | اعضاي مصنوعي:........... | | | سابقه بيماريهاي زمينه اي:........... | |
| نحوه ورود: | | با پاي خود □ | | صندلي چرخدار□ | | | برانکارد □ | |
| منبع اطلاعات: | | بيمار □ | | خانواده □ | | | ساير منابع:............... | |
| همراهان بيمار: | | خانواده □ | | دوستان □ | | | هيچکس □ | |
| زبان مادري: | | ترکي آذري □ | | فارسي □ | | | ساير: .................. | |
| ارتباطات: | | لکنت زبان □ | | کم شنوائي □ | | | کم بينائي □ | |
| حساسيت داروئي :.......... | | حساسيت غذائي:.......... | | سابقه مصرف داروي خاص:................ | | | | |
| علائم حياتي: | | BP: | | PR: | | RR: | | T: |
| ارزيابي درد: | | Pain Score: | | Pediatric Pain Score: | | | ساير توضيحات: | |
| ارزيابي ايمني : | سالمندان □ | | کودکان □ | مادران باردار □ | زندانيان □ | | ساير:................................... | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| وضعيت بيمار |  |  | وضعيت نرمال |
|  | خير | بلي | مغز و اعصاب / موتور: بيمار بیدار، هشدار است آگاه به، مکان و زمان و اشخاص پاسخ به صدا و اجراي 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 60-100 پالس های محیطی قابل لمس اندام پر شدن مویرگی در کمتر از 3 ثانیه اندام های گرم در لمس بدون بی حسی یا سوزن سوزن شدن رنگ پوست معمولی ادم بدون تندرنس بدون درد قفسه سینه |
|  | خير | بلي | ریوی: تنفس به طور منظم، میزان 12-20 بدون تنگی نفس در حالت استراحت و یا در فعاليت صداهاي تنفسي واضح بدون سرفه، بدون خلط ميزان 93% اکسيژن خون شرياني در هواي اطاق |
|  | خير | بلي | دستگاه گوارش: شکم صاف، بدون درد صداهاي شکمي و روده اي مثبت بدون تهوع / استفراغ، تحمل رژیم غذایی مخاط سالم دهان  مدفوع با قوام طبيعي ، قهوه اي و نرم |
|  | خير | بلي | ادراری تناسلی: مثانه بدون درد یا تکرر ادراري  مثانه پس از ادرار کردن متسع نمی شود ادرار روشن، زرد کهربایی رنگ است  خونريزيهاي غير طبيعي زنان |
|  | خير | بلي | 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 \_\_\_\_\_\_\_ ظاهرکناره هاي زخم \_\_\_\_\_\_ ترشحات\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ بو\_\_\_\_\_\_\_ درد\_\_\_\_\_\_\_ درمان\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | خير | بلي | حرکتي/حسي:  بدون اختلال حسي  بدون اختلال حرکتي  بدون فلاسيد و يا اسپاسيتي  بدون قطع عضو |
|  | خير | بلي | لاين هاي تهاجمي (IV;CVP;CHEST TUBE &… )  نوع\_\_\_\_\_ محل\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  نوع\_\_\_\_\_ محل\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  نوع\_\_\_\_\_ محل\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  نوع\_\_\_\_\_ محل\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  نوع\_\_\_\_\_ محل\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ بدون قرمزی، ترشح، تورم، درد و گرگرفتگی و پاسمان مناسب |
|  | خير | بلي | پانسمان جراحی یا ارزیابی زخم: پانسمان خشک و دست نخورده بخیه، منگنه، نواراستري دست نخورده  بدون قرمزی، حساسیت به لمس، افزایش دما لبه های زخم تقريبا خوب بدون ترشحات |

|  |  |
| --- | --- |
| تشخيصهاي پرستاري:   1. ......................................................... 2. ......................................................... 3. ......................................................... 4. ......................................................... 5. ......................................................... | طرح مراقبت پرستاري:   1. ......................................................... 2. ......................................................... 3. ......................................................... 4. .........................................................   ......................................................... |

**تاريخ :.................................. ساعت:..................... امضاء کارشناس پرستاري**