وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی:
Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

فرم ارزیابی اولیه پرستاری
INITIAL NURSING ASSESSMENT SHEET

Unit No: شماره پرونده:

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

اطلاعات پایه

ساعت ورود به بخش: **ساعت شروع ارزیابی:**
میزان تحصیلات: ..... **دین:** ..... **وضعیت تاهل:** مجرد☐ متاهل☐ سایر☐ نام ببرید .....
بیماران خانم: **وضعیت بارداری:** بله☐ خیر ☐ **وضعیت شیر دهی:** بله☐ خیر ☐
منبع اطلاعات: بیمار ☐ همراه☐ (با ذکر نسبت)..... **مشخصات فردی که در مواقع ضروری به توان با او تماس گرفت**(نام و شماره تماس).....
علائم حیاتی بدو ورود: BP: PR: RR: T:
نحوه ورود : با پای خود ☐ صندلی چرخدار ☐ برانکارد ☐ سایر ☐ نام ببرید .....
لوله و اتصالات بیمار(IV ، استومی،لوله تراشه و...) ذکر نام و محل .....

وضعیت ارتباطی

سطح هوشیاری : هوشیار ☐ خواب آلوده ☐ گیج ☐ بدون پاسخ ☐ **آگاهی به زمان و مکان و شخص:** دارد ☐ ندارد☐
زبان و نوع گویش: ..... **نیاز به مترجم دارد:** بله ☐ خیر ☐
نحوه صحبت کردن : واضح ☐ اشکال در تکلم ☐ عدم توانائی در صحبت کردن ☐ با اشاره ☐
وضعیت همکاری : دارد ☐ ندارد ☐ با ذکر دلیل .....

بررسی تاریخچه سلامت و بیماری

شکایت اصلی/ علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار) : **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 (جسمی/ روانی/ اختلال مادر زادی) ندارد ☐ دارد ☐ درصورت داشتن سابقه نام بیماری: .....
سابقه بیماری در خانواده (جسمی و روانی): خیر ☐ بله ☐ نام بیماری..... نسبت فرد با بیمار ذکر شود.....
سابقه ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی: خیر ☐ بله ☐ **سابقه واکنش به ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی:** خیر☐ بله ☐ ذکر نوع واکنش : ..... نمی داند ☐
عادات و عوامل خطر :*سوء مصرف دارو ☐ سوء مصرف موادمخدر ☐ مصرف الکل ☐ مصرف سیگار ☐ مصرف قلیان☐ سابقه کار با مواد شیمیائی☐ سابقه کاردرمعدن☐
داشتن حیوان خانگی ☐ سایر ☐ نام ببرید: .....
خواب و استراحت :۱- میزان خواب: طبیعی ☐ کمتر از حد طبیعی(کمتر از ۵ ساعت) ☐ بیشتر از حد طبیعی (بیشتر از ۸ ساعت) ☐
۲- مشکلات خواب: ندارد ☐ دارد ☐ نام ببرید.....

حساسیتها

حساسیت دارویی: خیر ☐ بله ☐ نمی داند ☐ نوع دارو:..... *نوع واکنش: .....
حساسیت غذایی: خیر ☐ بله ☐ نمی داند ☐ نوع غذا: ..... *نوع واکنش: .....

ارزیابی سیستم ها

۱. **عصبی:** سرگیجه☐ عدم تعادل☐ سردرد☐ تشنج ☐ کرخی و بیحسی☐ **مردمک ها:** قرینه ☐ غیر قرینه☐ سایر توضیحات: .....
۲. **قلبی و عروقی: نبض:** سینوسی☐ تاکی کاردی☐ برادیکاری☐ سیانوز ☐ واریس☐ ادم☐ سایر توضیحات .....
۳. **تنفسی:** بدون مشکل ☐ تنفس عمیق ☐ سریع ☐ سطحی ☐ آپنه ☐ سرفه ☐ خلط ☐ دیس پنه☐ در زمان استراحت☐ ارتوپنه ☐ سیانوز☐ هموپتزی ☐ کلابینگ☐
اکسیژن تراپی ☐ سایر توضیحات..... .....
۴. **گوارش:** رژیم غذایی خاص: خیر ☐ بله ☐ نام ببرید ..... شکایت از : تهوع☐ استفراغ☐ اختلال بلع ☐ اسهال ☐ یبوست☐ نفخ☐
سایرتوضیحات.....
۵. **ادراری تناسلی:** بدون مشکل☐ پلی اوری☐ اولیگوری☐ سوزش ادرار ☐ تکرر ادرار ☐ هماچوری☐ عفونت☐ دیالیز ☐ سایر موارد☐ نام ببرید: .....
۶. **پوست** : بدون مشکل☐ **رنگ پوست:** سیانوز ☐ رنگ پریده☐ زرد☐ **درجه حرارت پوست:** گرم ☐ سرد☐ تعریق☐ **تورگور پوست:** طبیعی☐ ضعیف☐ زخم☐
ترشحات☐ سایر توضیحات.....
۷. **اسکلتی عضلانی:** بدون مشکل☐ گزگز☐ فلج☐ اسکلیوز☐ سایر توضیحات .....
۸. **روحی و روانی ظاهر کلی:** مرتب ☐ ژولیده ☐ سایر ☐ نام ببرید: ..... **آیا ظاهر کلی بیمار با سن تقویمی او تناسب دارد :** بله ☐ خیر☐
وضعیت رفتاری: آرام☐ بی قرار ☐ پرخاشگر ☐ سایر: ..... **سابقه اقدام به خودکشی:** دارد☐ ندارد☐ **سابقه آسیب به خود و دیگران:** دارد☐ ندارد☐
۹. **سایر سیستم ها: وجود مشکل:** بله☐ خیر☐ ذکرسیستم و مشکل: .....

ارزیابی سابقه دارویی

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

فرم ارزیابی اولیه پرستاری

INITIAL NURSING ASSESSMENT SHEET

محدودیت ها و توانایی ها

۱ - محدودیت ها:

شنوایی: خیر☐ بله ☐ در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا :

بینایی: خیر☐ بله ☐ در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و چشم مبتلا:

نقص و قطع عضو: بله☐ خیر ☐ درصورت پاسخ بله ذکر نوع نقص واندام مربوطه: (نام ببرید)

۲- وسایل کمکی و پروتز ها: ندارد ☐ دارد ☐ بر اساس موارد زیر مشخص نمایید.

عصا☐ واکر ☐ ویلچر☐ چوب زیربغل☐ پروتز اندام ☐ دندان مصنوعی ☐ پروتزچشمی ☐ سمعک ☐ عینک ☐ سایر ☐ با ذکر نام .....

۳- توانایی استفاده اززنگ احضارپرستار: بله ☐ خیر ☐

۴- انجام فعالیت روزانه زندگی:

غذا خوردن :	مستقل ☐	وابسته(نیازمند کمک) ☐
لباس پوشیدن :	مستقل ☐	وابسته(نیازمند کمک) ☐
استحمام :	مستقل ☐	وابسته(نیازمند کمک) ☐
دستشویی رفتن :	مستقل ☐	وابسته(نیازمند کمک) ☐
تحرک و جابجایی	مستقل ☐	وابسته(نیازمند کمک) ☐

ارزیابی وضعیت تغذیه ای

وزن :	**قد :**	**نمایه توده بدنی بزرگسال(BMI):**	**زد اسکور نمایه توده بدنی(کمتر از ۱۹ سال):**

۱) آیا در بیمار بزرگسال، **BMI** کمتر از۲۰ است؟ بله☐ خیر☐ غیرقابل ارزیابی☐ در بیمار کمتر از ۱۹سال، زد اسکور نمایه توده بدنی کمتر از ۲- یا بیشتر از ۲+ است؟ بله ☐ خیر☐

۲) آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته **کاهش وزن ناخواسته** داشته است؟ بله☐ خیر ☐

۳) آیا بیمار طی هفته گذشته دچار **بی اشتهایی** یا **کاهش دریافت غذا** به هر دلیل شده است؟ بله☐ خیر☐

۴) آیا بیماری فرد از نوع **بیماریهای ویژه** (رجوع به راهنما) است؟ بله☐ خیر ☐

نتیجه ارزیابی*: ارجاع به کارشناس تغذیه لازم است؟ بله ☐ خیر☐ ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است؟ بله ☐ خیر ☐

*در صورتی که حتی یک «بله» در جدول علامت خورده باشد یا بیمار بیش از یک هفته در بیمارستان بستری باشد لازم است با اطلاع پزشک، اطلاع رسانی به کارشناس تغذیه برای مشاوره و ارزیابی تخصصی انجام شود. در مادران باردار علاوه بر موارد فوق، وجود دیابت، پره اکلامپسی و اکلامپسی (فشار خون بالا) مورد تاکید است

ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری

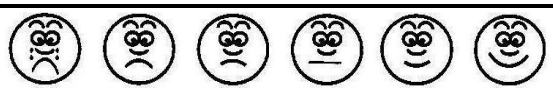
*در صورت وجود زخم فشاری موقعیت آناتومیک آن بر اساس راهنما قید شود.

احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری: ندارد☐ دارد☐

ارزیابی احتمال خطر سقوط

احتمال خطر سقوط: ندارد☐ دارد☐

غربالگری و بررسی درد



در صورت وجود درد از صفر تا ده نمره درد بیمار چند است؟

محل درد: .....

طول مدت: مداوم ☐ متناوب ☐

روش های تسکین درد: دارویی(ذکر نام دارو): .....

غیردارویی ذکر روش: .....

تاثیر درد روی فعالیت بیمار: دارد ☐ ندارد ☐

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 ازارگانهای قضایی و حمایتی: بله ☐ خیر☐

*بدون مشکل ☐

ارزش های مذهبی و فرهنگی

ارزشهای مذهبی و فرهنگی بیمار /خانواده که بر روی روند درمان یا آموزش تاثیر گذار باشد: بله ☐ خیر ☐ غیر قابل ارزیابی ☐

در صورت جواب بله توضیح دهید.

نیاز های آموزشی و خود مراقبتی

آیا بیمار تمایل به یادگیری دارد؟ بله ☐ خیر ☐ آیا بیمار توانایی یادگیری دارد؟ بله ☐ خیر ☐ درصورت جواب خیر نزدیکترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش: .....

موانع یادگیری: خیر ☐ بله ☐ نام ببرید: .....

ذکرنیازهای آموزشی بیماردر بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده : .....

بررسی بیشتر

آیا بیمار نیاز به بررسی‌های جامع تر ذیل دارد ؟ خیر☐ بله ☐ (در صورت بله موارد مشخص شود) مددکاری ☐ تغذیه ای ☐ بازتوانی ☐ روانپزشکی ☐ سایرموارد ☐

سطح مراقبتی

سطح ۱ ☐ سطح ۲ ☐ سطح ۳ ☐ سطح۴ ☐ سطح۵ ☐

تشخیص های پرستاری بدو ورود با توجه به ارزیابی اولیه:

۱ -

۲ -

۳ -

نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار

ساعت پایان ارزیابی تاریخ