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 کودک و نو جوان در بخش روان
INITIAL PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT SHEET

شماره پرونده: **Unit No:**

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

اطلاعات پایه

ساعت ورود به بخش: ساعت شروع ارزیابی:
علائم حیاتی بد ورود: BP: PR: RR: T:
نحوه ورود : با پای خود ☐ صندلی چرخدار ☐ برانکارد ☐ در آغوش ☐ سایر ☐ نام ببرید: .....
منبع اطلاعات: کودک ☐ والدین ☐ سایر ☐ نام ببرید ..... سرپرست کودک: والدین ☐ بستگان ☐ مراجع قانونی ☐ 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 ..... **همکاری:** دارد ☐ ندارد ☐ با ذکر دلیل .....
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 ☐ پرحرف ☐ کم حرف ☐ فقر کلام ☐ خاموشی ☐ ۴- اختلال تکلم: لکنت زبان ☐ دیسفونی ☐ سایر .....

وضعیت عمومی

ظاهر کلی: مرتب ☐ ژولیده ☐ سایر ☐ نام ببرید: ..... **آیا وضعیت ظاهری با سن تقویمی بیمار هماهنگ است :** بله ☐ خیر ☐
در صورت وجود زخم و آثار جراحت، 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 ☐ سفتی و سختی ☐ انعطاف مومی شکل ☐ تیک ☐ سایر ☐ نام ببرید .....

بررسی وضعیت خلقی / ادراکی

خلق: طبیعی ☐ تحریک پذیر ☐ پرخاشگر ☐ سرخوشی(خلق بالا) ☐ سایر ☐ نام ببرید..... غیر قابل ارزیابی ☐ به دلیل:.....
عاطفه: متناسب ☐ نامتناسب ☐ کند ☐ محدود ☐ سطحی ☐ بی ثبات ☐ بی تفاوتی ☐ سایر ☐ نام ببرید..... غیر قابل ارزیابی ☐ به دلیل:.....
هذیان: دارد ☐ ندارد ☐ * نوع آن: ..... *ایلوژن: دارد ☐ ندارد ☐ غیر قابل ارزیابی ☐ به دلیل:.....
***توهم:** دارد ☐ ندارد ☐ نوع آن: ..... شنوایی ☐ بینایی ☐ بویایی ☐ سایر ☐ نام ببرید ..... غیر قابل ارزیابی ☐ به دلیل:.....

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 آسیب به خود و دیگران

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 ☐
روش 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): ..... **علت بستری** (تشخیص اولیه پزشک معالج): .....
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 : ..... نوع واکنش.....
حساسیت غذایی : خیر ☐ بله ☐ نمی داند ☐ نوع غذا: ..... نوع واکنش.....
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 ☐ بله ☐	
قلب و عروق (نبض و..)	خیر ☐ بله ☐	
پوست(حرارت، رطوبت، تمامیت، زخم و...)	خیر ☐ بله ☐	
گوارش و دفع (یبوست/ اسهال / بی اختیاری ...)	خیر ☐ بله ☐	
ادراری(بی اختیاری/احتباس/ دیزوری و...)	خیر ☐ بله ☐	
سایر سیستم ها	خیر ☐ بله ☐	

فرم ارزیابی اولیه پرستاری کودک و نو جوان در بخش روان
INITIAL PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT SHEET

	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو
سابقه دارویی						

محدودیت ها و توانایی ها

۱ - **محدودیت ها**(موارد زیر بر اساس سن بیمار ارزیابی می گردد):

- شنوایی: غیر قابل ارزیابی ☐ خیر ☐ بله ☐ در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا .....
- بینایی: غیر قابل ارزیابی ☐ خیر ☐ بله ☐ در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و چشم مبتلا .....
- نقص و قطع عضو: خیر ☐ بله ☐ درصورت پاسخ بله ذکر نوع نقص و اندام مربوطه .....

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

عصا ☐ واکر ☐ ویلچر ☐ چوب زیربغل ☐ پروتز اندام ☐ پروتزچشمی ☐ سمعک ☐ عینک ☐ سایر ☐ نام ببرید: .....

***۳- انجام فعالیت روزانه زندگی :**

غذا خوردن :	مستقل ☐	وابسته (به دلیل سن تقویمی) ☐	وابسته (به دلیل ناتوانی) ☐		
لباس پوشیدن :	مستقل ☐	وابسته (به دلیل سن تقویمی) ☐	وابسته (به دلیل ناتوانی) ☐		
حمام کردن :	مستقل ☐	وابسته (به دلیل سن تقویمی) ☐	وابسته (به دلیل ناتوانی) ☐		
دستشویی رفتن :	مستقل ☐	وابسته (به دلیل سن تقویمی) ☐	وابسته (به دلیل ناتوانی) ☐		
تحرک و جابجایی:	مستقل ☐	وابسته (به دلیل سن تقویمی) ☐	وابسته (به دلیل ناتوانی) ☐		

ارزیابی تغذیه ای

وزن (Kg) : | قد (Cm): | مکمل های مورد استفاده: مولتی ویتامین/ Vit A&D ☐ مکمل آهن ☐ سایر مکمل ها ☐

–در سن زیر۵ سال: زد اسکور وزن برای قد کودک در چه محدوده ای قرار دارد؟ کمتر از ۲– ☐ بیشتر از ۲+ ☐ هیچکدام ☐

–در سن بالای ۵ سال: زد اسکور نمایه توده بدنی کودک در چه محدوده ای قرار دارد؟ کمتر از ۲– ☐ بیشتر از ۲+ ☐ هیچکدام ☐

–آیا کودک طی ۳ ماه اخیر کاهش وزن یا عدم افزایش وزن داشته است؟ بله ☐ خیر ☐

– آیا کودک دچار بی اشتهایی یا کاهش مصرف غذا می باشد؟ بله ☐ خیر ☐

– آیا کودک رژیم غذایی خاصی دارد؟ بله ☐ خیر ☐ در صورتی که پاسخ بله است نوع آن درج گردد: .....

کودک کدامیک از شرایط یا بیماریهای زیر را دارد: سوءتغذیه ☐ سرطان ☐ سوختگی ☐ بیماریهای کلیوی ☐ بیماری های غدد و متابولیک ☐ بیماری های گوارشی و کبدی ☐ کاندید عمل جراحی ماژور ☐ هیچکدام ☐

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

* 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

ارزیابی احتمال ابتلا به زخم فشاری

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

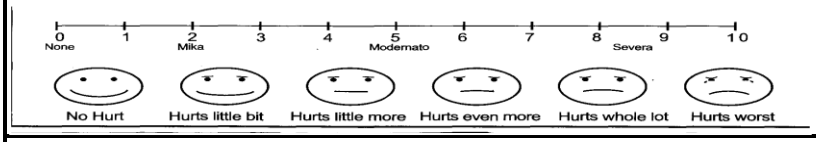
احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری: ندارد ☐ دارد ☐

ارزیابی احتمال سقوط

احتمال خطر سقوط : ندارد ☐ دارد ☐

غربالگری وبررسی تسکینی

چهره کودک منطبق بر کدام شکل های زیر است؟



روش‌های تسکین درد:

دارویی(ذکر نام دارو)

غیردارویی(ذکر روش)

نشانه های کودک آزاری

نشانه های کودک آزاری : ندارد ☐ دارد ☐ 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 تنهاو...) ذکر شود .....

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: خیر ☐ بله ☐ نسبت با بیمار:..... *ارجاع از ارگانهای قضایی و حمایتی: خیر ☐ بله ☐ *بدون مشکل ☐

ارزشهای مذهبی فرهنگی

ارزشهای مذهبی و فرهنگی والدین/ همراه بیمارکه بر روی روند درمان یا آموزش تاثیر گذار باشد: بله ☐ خیر ☐ غیرقابل ارزیابی ☐

در صورت جواب بله توضیح دهید.

نیازهای آموزشی خود مراقبتی بیمار

آیا **والدین/ همراه بیمار** تمایل به یادگیری دارد؟ بله ☐ خیر ☐ آیا **والدین/ همراه بیمار** توانایی یادگیری دارد ؟ بله ☐ خیر ☐ در صورت جواب خیر نزدیکترین فرد به بیمارجهت ارائه آموزش:..... موانع یادگیری وجود دارد: خیر ☐ بله ☐ (در صورت بله موارد مشخص شود)

ذکر نیاز های آموزشی بیمار و خانواده در بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده :

بررسی بیشتر

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

سطح مراقبتی

سطح۱ ☐ سطح۲ ☐ سطح۳ ☐ 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