



دانشگاه علوم پزشکی ایران

فرم ارزیابی اولیه پرستار

شماره پرونده : File Number :

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Admission Date & Time: تاریخ و ساعت پذیرش:	Room: اتاق:	Date Of Birth: تاریخ تولد:	Father's Name: نام پدر:
<input type="checkbox"/> میزان تحصیلات: بیسواد <input type="checkbox"/> ابتدائی <input type="checkbox"/> سیکل <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> فوق دیپلم <input type="checkbox"/> کارشناس <input type="checkbox"/> کارشناس ارشد و بالاتر <input type="checkbox"/>	منبغ اطلاعات: <input type="checkbox"/> مذهب: religion: <input type="checkbox"/>	وضعیت تاهل: Married <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	جنس: Sex: Male <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>

- علت مراجعه بیمار / شکایت اصلی:.....

تشخیص اولیه :

مشخصات بیمار مطابق با اطلاعات مچ بند بیمار است بلی خیر گروه خون: علامت حیاتی: فشار خون: / میلیمتر جیوه نبض: تنفس: درجه حرارت: وزن: قد: پذیرش یا مراجعه با چه وسیله ای بوده است: صندلی چرخدار با پای خود برانکار همراه با وسایل حرکتی: سایر: * نحوه مراجعه به اورژانس: آمبولانس ۱۵ آمبولانس خصوصی امداد هوائی وسیله شخصی GCS

- وضعیت ارتباطی

سطح هوشیاری: هوشیار غیر هوشیار خواب آلوده گیج بدون پاسخ آگاهی به زمان و مکان: دارد ندارد همکاری دارد: بلی خیر توضیحات: زبان: فارسی سایر زبانها: نیاز به ترجمه دارد: بلی خیر نحوه صحبت کردن: واضح با لکنت عدم توانائی در صحبت کردن: با اشاره شنوایی: طبیعی کم شنوا ناشنوا لب خوانی مشکل گوش راست مشکل گوش چپ بینائی: طبیعی کم بینا نابینا مشکل چشم راست مشکل چشم چپ

- وضعیت روانی

بیقراری پرخاشگری سابقه خودکشی بدون مشکل سایر: سابقه بستری شدن در بیمارستان: بلی خیر دفعات بستری: علت بستری: تاریخ آخرین بستری:

ارزیابی سیستم های بدن :

بیماری یا مشکل در سیستم گوارش	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> مشکل:.....	بیماری یا مشکل در سیستم قلب و عروق	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> مشکل:.....
بیماری یا مشکل در سیستم پوست	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> مشکل:.....	بیماری یا مشکل در سیستم تنفس	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> مشکل:.....
بیماری یا مشکل در سیستم ادراری	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> مشکل:.....	بیماری یا مشکل در سیستم تناسلی	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> مشکل:.....
بیماری یا مشکل در سیستم عصبی	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> مشکل:.....	بیماری یا مشکل در سیستم غدد	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> مشکل:.....

سایر موارد:

سابقه مصرف دارو یا مکمل :

نام دارو	مقدار دارو	نام دارو	مقدار دارو

حساسیتها :

داروئی: بلی خیر نوع دارو: عکس العمل: فصلی: بلی خیر عکس العمل: غذایی: بلی خیر نوع غذا: عکس العمل: خون: بلی خیر عکس العمل: سایر حساسیت ها:

وضعیت عمومی بیمار در زمان پذیرش :

-وضعیت حرکتی اندامها: طبیعی قطع عضو PASTICI FLASID بی حسی فلج هایپوستزی بدون محدودیت حرکتی مدت زمان وابستگی: توضیحات: خواب: کم خوابی بی خوابی اختلالات خواب توضیح لازم: مصرف کردن دارو جهت خواب: بلی خیر حمام کردن: مستقل وابسته توضیح لازم: لباس پوشیدن: مستقل وابسته توضیح لازم:

- دستشویی رفتن : مستقل وابسته توضیح لازم :
 - غذا خوردن : مستقل وابسته توضیح لازم :
 - ظاهری : کبودی زخم سایر توضیح لازم:

وسایل کمکی :

دندان مصنوعی چشم مصنوعی عینک لنز سمعک واکر صندلی چرخدار آتل port
 اعضاء مصنوعی پیس میکر عصا چوب زیر بغل

هر نوع پروتز در بدن :

لوله ها و اتصالات:

سوندفولی NGT درن CHEST TUBE لوله تراشه همووک سایر

- عادات:

مصرف سیگار مصرف مواد مخدر مصرف الکل مصرف قلیان سابقه کار با مواد شیمیایی سابقه کار در معدن عادات غذایی خاص
 تماس با حیوانات سایر

گروههای پرخطر: گودکان سالمندان مادر باردار زندانی سایر

ارزیابی درد:

در صورت وجود درد از ۰ تا ۱۰ چه نمره ای به درد خود می دهید؟
 روشهای تسکین درد: دارویی (نوع دارو) تاثیر.....
 غیر دارویی (روش) تاثیر.....

۰ ۲ ۴ ۶ ۸ ۱۰

ارزیابی احتمال سقوط: MORSE

سابقه سقوط قبلی	۲۰	استفاده از ابزار حرکتی:	پرستار ثابت دارد، استراحت در تخت، عدم استفاده از وسایل کمکی	۰	ریسک بالا: ۴۶
بیماری زمینه ای، دیابت، سرگیجه، فشارخون بالا	۱۵	وضعیت راه رفتن:	بدون مشکل، استراحت مطلق، بدون حرکت	۰	ریسک متوسط: ۲۵-۴۵
سرم یا کاتتر عروقی	۲۰		مختل (غیر متعادل، مشکل در بلندشدن)	۲۰	ریسک پائین: ۲۲=۰
وضعیت ذهنی	۱۵		ضعف (با کمک دستان) تعادل خود را حفظ می کند	۱۰	امتیاز مکتسبه

ارزیابی	سطح هوشیاری ۱ تا ۴	رطوبت پوست ۱ تا ۴	توانایی فیزیکی ۱ تا ۴	توانایی در تغییر پوزیشن ۱ تا ۴	تغذیه ۱ تا ۴	اصطکاک و سایش پوست بدن ۱ تا ۳	ریسک
زخم بستر	عدم پاسخ به محرک در دناک (۱) پاسخ به تحریک در دناک (۲) گاهی به دستورات کلامی پاسخ می دهد (۳) به دستورات کلامی پاسخ می دهد و درد را بیان می کند (۴)	ملحفه ها و لباس دائما مرطوب (۱) تعویض ملحفه ها در هر شیفت به دلیل خیس بودن (۲) تعویض ملحفه ها در روز به دلیل خیس بودن (۳) تعویض ملحفه ها طبق روتین بدون خیس بودن (۴)	محدودیت در تخت دارد (۱) با صندلی چرخدار حرکت می کند (۲) در طی روز یا کم گاهی "قدم می زند" (۳) در طی روز به طور مستقل مکرر "قدم می زند" (۴)	کاملا بدون تحرک (۱) تحرک بسیار محدود (۲) تحرک محدودیت حرکتی کم (۳) تحرک مستقل و بدون کمک (۴)	هرگز غذا را کامل نمی خورد- چند روز NPO است (۱) تغذیه ناکافی. آب کافی دریافت نمی کند (۲) کند NGT دارد (۳) تغذیه کافی، بیش از نصف نیاز بدن غذا می خورد (۳) عالی، تمام وعده های غذایی خود را می خورد (۴)	قادر به جا به جایی نمی باشد. هنگام جابجا کردن همواره روی ملحفه کشیده می شود (۱) هنگام جابهجایی تا حدودی کمک می کند. قسمتهایی از بدن روی تخت و ملحفه کشیده می شود (۲) مجددا "سر می خورد" (۲) به هنگام جابه جایی توانایی بلند کردن بدن از روی ملحفه و تشک را بطور کامل دارد (۳)	ریسک بالا: کمتر از ۱۳ ریسک متوسط: ۱۳-۱۴ ریسک پائین: ۱۵-۱۶ امتیاز کل:
امتیاز							

مشکلات بیمار با توجه به ارزیابی پرستاری :

تشخیص های پرستاری:

..... در رابطه با.....
 در رابطه با.....

سطح مراقبتی: سطح ۱: (self care) سطح ۲ (minimal care) سطح ۳ (self care) سطح ۴ (total care) سطح ۵ (intensive care)

تاریخ و ساعت : نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار:

