

# وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شماره پرونده: Unit No:

فرم ارزیابی اولیه پرستاری

## INITIAL NURSING ASSESSMENT SHEET

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

اطلاعات پایه	<p><b>ساعت ورود به بخش:</b> ..... <b>ساعت شروع ارزیابی:</b> .....</p> <p><b>میزان تحصیلات:</b> ..... <b>دین:</b> .....</p> <p><b>بیماران خانم:</b> وضعیت بارداری: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ..... <b>وضعیت تاهل:</b> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید .....</p> <p><b>منیخ اطلاعات:</b> بیمار <input type="checkbox"/> همراه <input type="checkbox"/> (با ذکر نسبت)..... <b>وضعیت شیردهی:</b> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> .....</p> <p><b>علائم حیاتی بدو ورود:</b> T: ..... RR: ..... PR: ..... BP: .....</p> <p><b>نحوه ورود:</b> با پای خود <input type="checkbox"/> صندلی چرخدار <input type="checkbox"/> برانکار <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید .....</p> <p><b>لوله و اتصالات بیمار (IV، استومی، لوله تراشه و...):</b> ذکر نام و محل .....</p>
--------------	--

وضعیت ارتباطی	<p><b>سطح هوشیاری:</b> هوشیار <input type="checkbox"/> خواب آلوده <input type="checkbox"/> گیج <input type="checkbox"/> بدون پاسخ <input type="checkbox"/> آگاهی به زمان و مکان و شخص: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p><b>زبان و نوع گویش:</b> ..... نیاز به مترجم دارد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p><b>نحوه صحبت کردن:</b> واضح <input type="checkbox"/> اشکال در تکلم <input type="checkbox"/> عدم توانایی در صحبت کردن <input type="checkbox"/> با اشاره <input type="checkbox"/></p> <p><b>وضعیت همکاری:</b> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> با ذکر دلیل .....</p>
---------------	--

بررسی تاریخچه سلامت و بیماری	<p><b>شکایات اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار):</b> ..... <b>علت بستری (تشخیص اولیه پزشک معالج):</b> .....</p> <p><b>سابقه بستری:</b> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ..... <b>تاریخ آخرین بستری:</b> ..... <b>علت آخرین بستری:</b> .....</p> <p><b>سابقه جراحی:</b> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ذکر نوع عمل جراحی: .....</p> <p><b>سابقه بیماری (جسمی / روانی / اختلال مادر زادی):</b> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> در صورت داشتن سابقه نام بیماری: .....</p> <p><b>سابقه بیماری در خانواده (جسمی و روانی):</b> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام بیماری: .....</p> <p><b>سابقه ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی:</b> 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"/> ذکر نوع واکنش: ..... نمی داند <input type="checkbox"/></p> <p><b>عادات و عوامل خطر:</b> سوء مصرف دارو <input type="checkbox"/> سوء مصرف مواد مخدر <input type="checkbox"/> مصرف الکل <input type="checkbox"/> مصرف سیگار <input type="checkbox"/> مصرف قلیان <input type="checkbox"/> سابقه کار با مواد شیمیایی <input type="checkbox"/> سابقه کار در معدن <input type="checkbox"/> داشتن حیوان خانگی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید: .....</p> <p><b>خواب و استراحت:</b> ۱- میزان خواب: طبیعی <input type="checkbox"/> کمتر از حد طبیعی (کمتر از ۵ ساعت) <input type="checkbox"/> بیشتر از حد طبیعی (بیشتر از ۸ ساعت) <input type="checkbox"/></p> <p>۲- مشکلات خواب: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نام ببرید: .....</p>
------------------------------	--

حساسیتها	<p><b>حساسیت دارویی:</b> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/> نوع دارو: ..... *نوع واکنش: .....</p> <p><b>حساسیت غذایی:</b> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/> نوع غذا: ..... *نوع واکنش: .....</p>
----------	---

ارزیابی سیستم ها	<p>۱. <b>عصبی:</b> سرگیجه <input type="checkbox"/> عدم تعادل <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> کرخی و بیحسی <input type="checkbox"/> مردمک ها: قرینه <input type="checkbox"/> غیر قرینه <input type="checkbox"/> سایر توضیحات: .....</p> <p>۲. <b>قلبی و عروقی:</b> 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: .....</p> <p>۳. <b>تنفسی:</b> بدون مشکل <input type="checkbox"/> تنفس عمیق <input type="checkbox"/> سریع <input type="checkbox"/> سطحی <input type="checkbox"/> آپنه <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 تریبی <input type="checkbox"/> سایر توضیحات: .....</p> <p>۴. <b>گوارش:</b> رژیم غذایی خاص: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام ببرید: ..... شکایت از: تهوع <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> اختلال بلع <input type="checkbox"/> اسپهال <input type="checkbox"/> یبوست <input type="checkbox"/> نفخ <input type="checkbox"/> سایر توضیحات: .....</p> <p>۵. <b>ادراری تناسلی:</b> بدون مشکل <input type="checkbox"/> پلی اوری <input type="checkbox"/> اولیگوری <input type="checkbox"/> سوزش ادرار <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> هماجوری <input type="checkbox"/> عفونت <input type="checkbox"/> دیالیز <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> نام ببرید: .....</p> <p>۶. <b>پوست:</b> 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: .....</p> <p>۷. <b>اسکلتی عضلانی:</b> بدون مشکل <input type="checkbox"/> گزگز <input type="checkbox"/> فلج <input type="checkbox"/> اسکلیوز <input type="checkbox"/> سایر توضیحات: .....</p> <p>۸. <b>روحي و روانی:</b> ظاهر کلی: مرتب <input type="checkbox"/> ژولیده <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید: ..... آیا ظاهر کلی بیمار با سن تقویمی او تناسب دارد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>وضعیت رفتاری: آرام <input type="checkbox"/> بی قرار <input type="checkbox"/> پرخاشگر <input type="checkbox"/> سایر: ..... سابقه اقدام به خودکشی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> سابقه آسیب به خود و دیگران: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>۹. <b>سایر سیستم ها:</b> وجود مشکل: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ذکر سیستم و مشکل: .....</p>
------------------	--

نام دارو					

فرم ارزیابی اولیه پرستاری  
INITIAL NURSING ASSESSMENT SHEET

محدودیت ها	<p><b>۱ - محدودیت ها:</b></p> <p><b>شنوایی:</b> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ به ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا:</p> <p><b>بینایی:</b> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ به ذکر نوع محدودیت و چشم مبتلا:</p> <p><b>نقص و قطع عضو:</b> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ به ذکر نوع نقص و اندام مربوطه: (نام ببرید)</p> <p><b>۲- وسایل کمکی و پروتزها:</b> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> بر اساس موارد زیر مشخص نمایید</p> <p>عصا <input type="checkbox"/> واکر <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/> چوب زیربغل <input type="checkbox"/> پروتز اندام <input type="checkbox"/> دندان مصنوعی <input type="checkbox"/> پروتز چشمی <input type="checkbox"/> سمک <input type="checkbox"/> عینک <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> با ذکر نام .....</p> <p><b>۳- توانایی استفاده از زنگ احضار پرستار:</b> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p><b>۴- انجام فعالیت روزانه زندگی:</b></p> <p>غذا خوردن: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک)</p> <p>لباس پوشیدن: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک)</p> <p>استحمام: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک)</p> <p>دستشویی رفتن: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک)</p> <p>تحرک و جابجایی: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک)</p>
	ارزیابی وضعیت تغذیه ای
ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری	
ارزیابی احتمال خطر سقوط	<p>احتمال خطر سقوط: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>
غربالگری و بررسی درد	<p>در صورت وجود درد از صفر تا ده نمره درد بیمار چند است؟</p> <p>محل درد: .....</p> <p>طول مدت: مداوم <input type="checkbox"/> متناوب <input type="checkbox"/></p> <p>روش های تسکین درد: دارویی (ذکر نام دارو): .....</p> <p>غیردارویی ذکر روش: .....</p> <p>تاثیر درد روی فعالیت بیمار: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p>
ارزیابی نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی	<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"/></p> <p>*ارجاع از ارگانهای قضایی و حمایتی: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>*بدون مشکل <input type="checkbox"/></p>
ارزش های مذهبی و فرهنگی	<p>ارزشهای مذهبی و فرهنگی بیمار / خانواده که بر روی روند درمان یا آموزش تاثیر گذار باشد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت جواب بله توضیح دهید.</p>
نیاز های آموزشی و خود مراقبتی	<p>آیا بیمار تمایل به یادگیری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا بیمار توانایی یادگیری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت جواب خیر نزدیکترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش: .....</p> <p>موانع یادگیری: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام ببرید: .....</p> <p>ذکر نیازهای آموزشی بیمار در بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده: .....</p>
بررسی بیشتر	<p>آیا 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"/> بازتوانی <input type="checkbox"/> روانپزشکی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/></p>
سطح مراقبتی	<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>
تشخیص های پرستاری بدو ورود با توجه به ارزیابی اولیه:	<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 ساعت پایان ارزیابی تاریخ</p>