

# 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 بیمار مبتلا به اختلالات اعصاب و روان

## INITIAL PSYCHIATRIC PATIENT ASSESSMENT SHEET

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش در بخش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		
<p><b>ساعت ورود به بخش:</b> ساعت شروع ارزیابی:</p> <p><b>میزان تحصیلات:</b> <b>دین:</b> .....</p> <p><b>وضعیت تاهل:</b> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> سایر .....</p> <p><b>منبع اطلاعات:</b> بیمار <input type="checkbox"/> خانواده (با ذکر نسبت) <input type="checkbox"/> .....</p> <p><b>مشخصات فردی که در مواقع ضروری بتوان با او تماس گرفت (نام، نسبت و شماره تماس):</b> .....</p> <p><b>علائم حیاتی بدو ورود:</b> T: RR: PR: BP: .....</p> <p><b>لوله و اتصالات بیمار (IV، استومی و...):</b> ذکر نام و محل .....</p> <p><b>مراجعه از:</b> مطب پزشک <input type="checkbox"/> اورژانس <input type="checkbox"/> درمانگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان دیگر <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> مراجع قضایی <input type="checkbox"/> سایر موارد .....</p> <p><b>نحوه ورود:</b> با پای خود <input type="checkbox"/> صندلی چرخدار <input type="checkbox"/> برانکار <input type="checkbox"/> سایر نام ببرید .....</p> <p><b>بیماران خانم:</b> وضعیت بارداری: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> وضعیت شیردهی در بیمار خانم: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>			
<p><b>سطح هوشیاری:</b> هوشیار <input type="checkbox"/> گیج <input type="checkbox"/> خواب آلوده <input type="checkbox"/> بدون پاسخ <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید .....</p> <p><b>زبان و نوع گویش:</b> نیاز به مترجم دارد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p><b>ارتباط کلامی:</b> ۱- تن صدا: طبیعی <input type="checkbox"/> بلند <input type="checkbox"/> آهسته <input type="checkbox"/></p> <p>۲- سرعت تکلم: طبیعی <input type="checkbox"/> زیاد <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/> با تاخیر <input type="checkbox"/> فشار تکلم <input type="checkbox"/></p> <p>۳- میزان تکلم: طبیعی <input type="checkbox"/> پرحرف <input type="checkbox"/> کم حرف <input type="checkbox"/> فقر کلام <input type="checkbox"/> خاموشی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/></p> <p>۴- اختلال تکلم: لکنت زبان <input type="checkbox"/> دیسفونی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/></p>			
<p><b>ظاهر کلی:</b> مرتب <input type="checkbox"/> ژولیده <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید: .....</p> <p><b>در صورت وجود زخم و آثار جراحی، کبودی، اسکار، خالکوبی، موقعیت آناتومیک آن ذکر شود:</b> .....</p> <p><b>سایر مشکلات پوست از قبیل وجود (شپش، گال و...):</b> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام ببرید .....</p> <p><b>وضعیت روانی و حرکتی:</b> طبیعی <input type="checkbox"/> کاتاتونیا <input type="checkbox"/> سفتی و سختی <input type="checkbox"/> انعطاف مومی شکل <input type="checkbox"/> تیک <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید .....</p>			
<p><b>خلق:</b> طبیعی <input type="checkbox"/> افسرده <input type="checkbox"/> تحریک پذیر <input type="checkbox"/> پرخاشگر <input type="checkbox"/> سرخوشی (خلق بالا) <input type="checkbox"/> نوسان خلق <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> توضیح دهید .....</p> <p><b>عاطفه:</b> متناسب <input type="checkbox"/> نامتناسب <input type="checkbox"/> کند <input type="checkbox"/> محدود <input type="checkbox"/> سطحی <input type="checkbox"/> بی ثبات <input type="checkbox"/> بی تفاوت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> توضیح دهید .....</p> <p><b>هذیان:</b> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> * نوع آن: .....</p> <p>* ایلوژن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p><b>توهم:</b> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> * نوع آن: شنوایی <input type="checkbox"/> بینایی <input type="checkbox"/> بویایی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> توضیح دهید .....</p>			
<p><b>اختلال موقعیت سنجی:</b> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> مشخص کنید: مکان <input type="checkbox"/> زمان <input type="checkbox"/> افراد <input type="checkbox"/> * تمرکز: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>* اختلال حافظه: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> مشخص کنید: فوری <input type="checkbox"/> نزدیک <input type="checkbox"/> دور <input type="checkbox"/> * پیش: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> توضیح دهید .....</p>			
<p><b>سابقه آسیب به خود (خود زنی):</b> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> سابقه آسیب به دیگران: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> سابقه اقدام به خودکشی: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p> <p><b>روش انجام خودکشی های قبلی:</b> .....</p> <p><b>نیاز به ارزیابی مهار فیزیکی و شیمیایی:</b> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>			
<p><b>شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار و یا خانواده بیمار):</b> .....</p> <p><b>علت بستری (تشخیص اولیه پزشک معالج):</b> .....</p> <p><b>سابقه بستری:</b> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> تاریخ آخرین بستری: .....</p> <p><b>علت آخرین بستری:</b> .....</p> <p><b>سابقه بیماری (جسم / روان / اختلال مادرزادی):</b> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> در صورت داشتن سابقه نام بیماری: .....</p> <p><b>سابقه بیماری در خانواده (جسم / روان):</b> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام بیماری: .....</p> <p><b>عادات و عوامل خطر:</b> * سوء مصرف دارو <input type="checkbox"/> سوء مصرف موادمخدر <input type="checkbox"/> مصرف الکل <input type="checkbox"/> مصرف سیگار <input type="checkbox"/> مصرف قلیان <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید: .....</p> <p><b>خواب و استراحت:</b> ۱- میزان خواب و استراحت در ۲۴ ساعت: .....</p> <p><b>مشکلات خواب:</b> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نام ببرید: .....</p>			
<p><b>حساسیت دارویی:</b> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/> نوع دارو: .....</p> <p><b>حساسیت غذایی:</b> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/> نوع غذا: .....</p> <p>* نوع واکنش: .....</p>			
<p><b>محرور</b></p> <p>تنفس (الگوی تنفس / ترشحات / آل....) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></p> <p>قلب و عروق (نیض و...) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></p> <p>پوست و مو (حرارت، رطوبت، تمامیت، زخم و...) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></p> <p>گوارش و دفع (یبوست / اسهال / بی اختیاری...) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></p> <p>ادراری (بی اختیاری / احتباس / دیزوری و...) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></p> <p>سایر سیستم ها <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></p>			
<p><b>ذکر مشکل یا وضعیت خاص</b></p>			
<p><b>وجود مشکل / وضعیت خاص</b></p>			
<p><b>ارزیابی سیستم ها</b></p>			

فرم ارزیابی اولیه بیمار مبتلا به اختلالات اعصاب و روان  
**INITIAL PSYCHIATRIC PATIENT NURSING ASSESSMENT**

نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	ارزیابی سابقه دارویی
<p>۱- محدودیت ها:                  شنوایی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا:                  بینایی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و چشم مبتلا:                  نقص و قطع عضو: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع نقص و اندام مربوطه: (نام ببرید)                  ۳- وسایل کمکی و پروتزها: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> بر اساس موارد زیر مشخص نمایید.                  عضا <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"/> سمعک <input type="checkbox"/> عینک <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید.....</p> <p>۲- انجام فعالیت روزانه زندگی:                  غذا خوردن: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک)                  لباس پوشیدن: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک)                  استحمام: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک)                  دستشویی رفتن: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک)                  تحرک و جابجایی: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک)</p>						وضعیت: ارزیابی
وزن:		قد:		نمایه توده بدنی بزرگسال (BMI):		زد اسکور نمایه توده بدنی (کمتر از ۱۹ سال):
<p>(۱) آیا در بیمار بزرگسال، BMI کمتر از ۲۰ است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> غیر قابل ارزیابی / آیا در بیمار ۱۸-۱۲ سال، زد اسکور نمایه توده بدنی کمتر از ۲- و یا بیشتر از ۲+ است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>(۲) آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته کاهش وزن ناخواسته داشته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>(۳) آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی اشتهایی یا کاهش دریافت غذا به هر دلیل شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>(۴) آیا بیماری فرد از نوع بیماریهای ویژه (رجوع به راهنما) است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>نتیجه ارزیابی*: ارجاع به کارشناس تغذیه لازم است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>*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.</p>						
*در صورت وجود زخم فشاری موقعیت آناتومیک آن ذکر شود.....						*ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری
احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد						
احتمال خطر سقوط: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد						ارزیابی احتمال خطر سقوط
<p>در صورت وجود درد از صفر تا ده نمره درد بیمار چند است؟                  محل درد: .....                  طول مدت: مداوم <input type="checkbox"/> متناوب <input type="checkbox"/>                  روش های تسکین درد:                  دارویی (ذکر نام دارو): .....                  غیر دارویی ذکر روش: .....</p>						غریبالگری و بررسی درد
<p>*بیمار جزء گروه های پرخطر اجتماعی می باشد (رجوع به راهنما): بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>*مشکل در پرداخت هزینه های درمان (مصدومیان ترافیکی، مصدومین شغلی، فاقد بیمه، اتباع غیر ایرانی): ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p> <p>*حضور همراه موثر: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نسبت با بیمار: .....</p> <p>*بدون مشکل <input type="checkbox"/></p>						*ارزیابی نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی
<p>ارزش های 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>						ارزش های مذهبی و فرهنگی
<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"/></p> <p>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>						نیاز های آموزشی و خود مراقبتی
<p>آیا بیمار نیاز به بررسی های جامع تر ذیل دارد (در صورت بله موارد مشخص شود)؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></p> <p>مددکاری <input type="checkbox"/> تغذیه ای <input type="checkbox"/> بازتوانی <input type="checkbox"/> روانپزشکی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> .....</p>						بررسی بیشتر
<p>تشخیص های پرستاری بدو ورود با توجه به ارزیابی اولیه:                  -۱                  -۲                  -۳</p>						
<p>نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار                  ساعت پایان ارزیابی                  تاریخ</p>						