

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 کودک و نوجوان در بخش روان

INITIAL PEDIATRIC NURSING 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:				

اطلاعات پایه	ساعت ورود به بخش:	ساعت شروع ارزیابی:
نحوه ورود:	با پای خود <input type="checkbox"/> صدلی چرخدار <input type="checkbox"/> برانکار <input type="checkbox"/> در آغوش <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید:	BP: PR: RR: T:
منبع اطلاعات:	کودک <input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید:	سرپرست کودک: والدین <input type="checkbox"/> بستگان <input type="checkbox"/> مراجع قانونی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید:
لوله و اتصالات بیمار (IV، استومی و...) ذکر نام و محل:		

وضعیت ارتباطی	سطح هوشیاری: هوشیار <input type="checkbox"/> گیجی <input type="checkbox"/> خواب آلوده <input type="checkbox"/> بدون پاسخ <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید:
	زبان و نوع گویش در صورت رسیدن به سن تکلم: نیاز به مترجم دارد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ارتباط چشمی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
	ارتباط کلامی در صورت رسیدن به سن تکلم: ۱- تن صدا: طبیعی <input type="checkbox"/> بلند <input type="checkbox"/> آهسته <input type="checkbox"/> ۲- سرعت تکلم: طبیعی <input type="checkbox"/> زیاد <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/> با تاخیر <input type="checkbox"/> فشار تکلم ۳- میزان تکلم: طبیعی <input type="checkbox"/> پر حرف <input type="checkbox"/> کم حرف <input type="checkbox"/> فقر کلام <input type="checkbox"/> خاموشی <input type="checkbox"/> ۴- اختلال تکلم: لکنت زبان <input type="checkbox"/> دیسفونی <input type="checkbox"/> سایر:

وضعیت عمومی	ظاهر کلی: مرتب <input type="checkbox"/> ژولیده <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید:
	در صورت وجود زخم و آثار جراحی، کبودی، اسکار، خالکوبی، موقعیت آناتومیک آن ذکر شود:
	سایر مشکلات پوست از قبیل وجود (شپش، گال و...) خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام ببرید:
	وضعیت روانی و حرکتی: طبیعی <input type="checkbox"/> کاتاتونیا <input type="checkbox"/> سختی و سختی <input type="checkbox"/> انعطاف مومی شکل <input type="checkbox"/> تیک <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید:

بررسی وضعیت خلقی / ادراکی	خلق: طبیعی <input type="checkbox"/> تحریک پذیر <input type="checkbox"/> پر خاشگر <input type="checkbox"/> سرخوشی (خلق بالا) <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید:
	عاطفه: 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 تفاوتی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید:
	هذیان: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> * نوع آن:
	* توهم: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع آن:

آگاهی	* اختلال موقعیت سنجی: غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> مشخص کنید: مکان <input type="checkbox"/> زمان <input type="checkbox"/> افراد <input type="checkbox"/> * تمرکز: غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
	* اختلال حافظه: غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> مشخص کنید: فوری <input type="checkbox"/> نزدیک <input type="checkbox"/> دور <input type="checkbox"/> * بینش: غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نسبی <input type="checkbox"/>

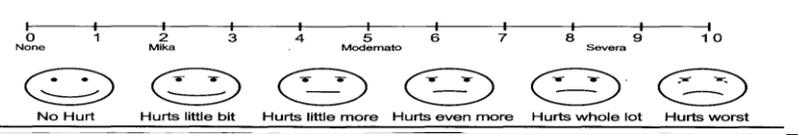
ارزیابی خطر آسیب به خود و دیگران	با توجه به سن تکاملی اطفال: غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> قابل ارزیابی <input type="checkbox"/>
	سابقه آسیب به خود (خود زنی): ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> سابقه آسیب به دیگران: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> سابقه خودکشی: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>
	روشن انجام خودکشی های قبلی: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> افکار خودکشی: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نیاز به ارزیابی مهار فیزیکی و شیمیایی: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>

تاریخچه سلامت و بیماری	شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار / والدین):
	سابقه بستری: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> تاریخ آخرین بستری:
	سابقه بیماری (جسم / روان / اختلال مادرزادی) ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> در صورت داشتن سابقه نام بیماری:
	سابقه بیماری در خانواده (جسم / روان): خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام بیماری / بیماریها:
	سابقه انجام واکسیناسیون در کودکان زیر ۵ سال (کبی کارت واکسن ضمیمه شود): کامل <input type="checkbox"/> نا کامل <input type="checkbox"/>
	عادات و عوامل خطر * 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"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید:
	* خواب و استراحت: ۱- میزان خواب و استراحت در ۲۴ ساعت:
	- مشکلات خواب: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نام ببرید:

حساسیت ها	حساسیت دارویی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/> نوع دارو:
	حساسیت غذایی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/> نوع غذا:
	حساسیت به سایر موارد را نام ببرید:

ارزیابی سیستم ها	محور	وجود مشکل / وضعیت خاص	ذکر مشکل یا وضعیت خاص
	تنفس (الگوی تنفس / ترشحات / ارال ...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
	قلب و عروق (نیض و...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
	پوست (حرارت، رطوبت، تمامیت، زخم و...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
	گوارش و دفع (یبوست / اسهال / بی اختیاری ...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
	ادراری (بی اختیاری / احتباس / دیزوری و...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
سایر سیستم ها	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>		

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

نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو																
						سابقه دارویی															
<p>۱- محدودیت‌ها (موارد زیر بر اساس سن بیمار ارزیابی می‌گردد):</p> <p>- شنوایی: غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا - بینایی: غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> 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 ۲- 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"/> پروتز چشمی <input type="checkbox"/> سمعک <input type="checkbox"/> عینک <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید:</p> <p>*۳- انجام فعالیت روزانه زندگی:</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:33%;">غذا خوردن: <input type="checkbox"/> مستقل</td> <td style="width:33%;">وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td style="width:33%;">وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>لباس پوشیدن: <input type="checkbox"/> مستقل</td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>حمام کردن: <input type="checkbox"/> مستقل</td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>دستشویی رفتن: <input type="checkbox"/> مستقل</td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>تحرك و جابجایی: <input type="checkbox"/> مستقل</td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>							غذا خوردن: <input type="checkbox"/> مستقل	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>	لباس پوشیدن: <input type="checkbox"/> مستقل	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>	حمام کردن: <input type="checkbox"/> مستقل	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>	دستشویی رفتن: <input type="checkbox"/> مستقل	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>	تحرك و جابجایی: <input type="checkbox"/> مستقل	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>
غذا خوردن: <input type="checkbox"/> مستقل	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>																			
لباس پوشیدن: <input type="checkbox"/> مستقل	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>																			
حمام کردن: <input type="checkbox"/> مستقل	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>																			
دستشویی رفتن: <input type="checkbox"/> مستقل	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>																			
تحرك و جابجایی: <input type="checkbox"/> مستقل	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>																			
<p>وزن (Kg): <input type="checkbox"/> قد (Cm): <input type="checkbox"/> مکمل های مورد استفاده: مولتی ویتامین / Vit A&D <input type="checkbox"/> مکمل آهن <input type="checkbox"/> سایر مکمل ها <input type="checkbox"/></p> <p>- در سن زیر ۵ سال: زد اسکور وزن برای قد کودک در چه محدوده ای قرار دارد؟ کمتر از -۲ <input type="checkbox"/> بیشتر از +۲ <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/></p> <p>- در سن بالای ۵ سال: زد اسکور نمایه توده بدنی کودک در چه محدوده ای قرار دارد؟ کمتر از -۲ <input type="checkbox"/> بیشتر از +۲ <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/></p> <p>- آیا کودک طی ۳ ماه اخیر کاهش وزن یا عدم افزایش وزن داشته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>- آیا کودک دچار بی اشتها یا کاهش مصرف غذا می باشد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>- آیا کودک رژیم غذایی خاصی دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورتی که پاسخ بله است نوع آن درج گردد:</p> <p>کودک کدامیک از شرایط یا بیماریهای زیر را دارد: سوءتغذیه <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> سوختگی <input type="checkbox"/> بیماریهای کلیوی <input type="checkbox"/> بیماری های غدد و متابولیک <input type="checkbox"/> بیماری های گوارشی و کبدی <input type="checkbox"/> کاندید عمل جراحی ماژور <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/></p> <p>*نتیجه ارزیابی: مراجعه 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 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</p>																					
<p>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 <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>																					
<p>ارزیابی احتمال سقوط: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>																					
<p>غیربالگری و بررسی تسکینی چهره کودک منطبق بر کدام شکل های زیر است؟ 0 None 1 2 Mka 3 4 5 Moderato 6 7 8 Severa 9 10  روش های تسکین درد: دارویی (ذکر نام دارو) <input type="checkbox"/> غیردارویی (ذکر روش) <input type="checkbox"/></p>																					
<p>نشانه های کودک آزاری: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> 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 تنها... ذکر شود</p>																					
<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: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نسبت با بیمار: *ارجاع از ارگانهای قضایی و حمایتی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> *بدون مشکل <input type="checkbox"/></p>																					
<p>ارزشهای مذهبی و فرهنگی والدین / همراه بیمار 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>																					
<p>نیازهای آموزشی خود مراقبتی بیمار آیا والدین / همراه بیمار تمایل به یادگیری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا والدین / همراه بیمار توانایی یادگیری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت جواب خیر نزدیکترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش: موانع یادگیری وجود دارد: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> (در صورت بله موارد مشخص شود) ذکر نیازهای آموزشی بیمار و خانواده در بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده:</p>																					
<p>بررسی بیشتر آیا بیمار نیاز به بررسی های جامع تر 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>																					
<p>سطح مراقبتی 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>																					
<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>																					