



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت پرستاری

دفتر ارتقاء سلامت و خدمات پرستاری

گروه توسعه خدمات پرستاری



راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری (ویرایش اول)



بهار ۱۴۰۵

آدرس: تهران شهرک قدس - بلوار فرحزادی، ایوانک شرقی - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بلوک A طبقه ششم

ویرایش کنندگان

دکتر خدیجه حیدری زاده - پرستو آریاملو - سمیه هداوند میرزایی - زینب کاظم زاده - زهرا سعیدی

تهیه و تدوین

دکتر خورشید و سکویی اشکوری - دکتر زهره کوهی رستمکلائی - سیده فاطمه میربازغ - دکتر پریسا ترابی

با همکاری

دکتر مریم حضرتی - دکتر مریم ورزش نژاد - وجیهه سادات آذر نیاکان - دکتر اکرم واحدی - مریم ذبیحی پور سعادت - دکتر پریسا دولتشاهی - دکتر مریم مظاهری - دکتر لیلا عظیمی - شیده گنجه ای - شهلا افشانی - آذر محمودی - فاطمه پیرمحمدی - محبوبه داخه هارونی - اسماعیل فلاحتی - فاطمه تیموری - علی کریمی - فریبا خبیری - فریبا رسان نژاد - فرشته شهرکی - نرگس مسعودی - ملیحه طالبی جاغرق

زیر نظر

دکتر عباس عبادی

معاون پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

کلیات:

ارزیابی بیمار شناسایی نیازها، ترجیح ها و توانایی های بیمار توسط پرستار است که از اجزای کلیدی عملکرد پرستاری بوده و شامل مصاحبه با بیمار، مشاهده و در نظر گرفتن علائم و نشانه های بیمار می باشد. ارزیابی، پایه و اساسی علمی برای طراحی و تامین مراقبت بیمار و خانواده محور تامین می کند. منظور از ارزیابی اولیه، بررسی جامع از وضعیت جسمی، روحی، اجتماعی، فرهنگی و شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار در بدو بستری است که چارچوبی برای تعیین و شناسایی نیازها و مشکلات بالینی بیمار به منظور برنامه ریزی مراقبت جامع و موثر تعیین می کند. این راهنما در برگیرنده اصول تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری بیمار بزرگسال می باشد؛ که بعد از ابلاغ لازم الاجرا می باشد.

هدف کلی: اطمینان از انجام صحیح و به موقع ارزیابی اولیه بیماران بستری به منظور تعیین و شناسایی نیازها و مشکلات بالینی و طراحی برنامه مراقبت

اهداف اختصاصی:

- ✓ ارزیابی سلامت بیمار در کلیه ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی
- ✓ یکپارچه سازی فرم ها و ابزار ارزیابی زخم فشاری، سقوط و درد در یک فرم

اصول کلی ثبت در فرم ارزیابی اولیه بیمار

۱. ارزیابی اولیه باید برای تمامی بیماران بخش های بستری انجام شود. ارزیابی بیماران روان و کودک، بر اساس فرم های ویژه این بخش ها انجام خواهد شد.
۲. این فرم ویژه بزرگسالان (سن ۱۷ سال و بالاتر)، مادران باردار و همچنین نوجوانانی است که به هر دلیل در بخش بزرگسالان بستری شده اند.
۳. در بخش اورژانس ملاک ارزیابی بیمار تریاژ است؛ لذا نیاز به ارزیابی جامع پرستاری و تکمیل فرم ارزیابی اولیه نخواهد بود. فقط در خصوص بیماران تحت نظر در اورژانس که تعیین تکلیف شده اند و پرونده سرویس پزشک معالج برای آن ها تشکیل شده است؛ در صورتی که این بیماران بیش از ۱۲ ساعت از زمان تشکیل پرونده سرویس نهایی در اورژانس ماندگاری داشته باشند، فرم ارزیابی اولیه تکمیل شود. بدیهی است در این صورت، پس از انتقال به بخش بستری، دیگر نیازی به تکمیل فرم ارزیابی اولیه در بخش مقصد نیست.
۴. در زمان بروز بحران مانند جنگ، سیل، زلزله، بیماری های همه گیر مانند کرونا و.. که نیازمند اجرای پروتکل های بهداشتی خاص می باشد، فقط در بخش هایی که بیماران متأثر از موارد فوق بستری می شوند، تکمیل فرم ارزیابی اولیه الزامی نمی باشد.
۵. ارزیابی اولیه در بخش های دیالیز، طبق فرم ارزیابی اولیه ابلاغی وزارت بهداشت به شماره ۴۰۰/۱۱۳۰۹ مورخ ۹۰/۱۲/۱۵ انجام گردد.
۶. ارزیابی اولیه باید توسط پرستار کارشناس و با مصاحبه با بیمار و مشاهده و بررسی پرستار تکمیل شود. در صورتی که به هر علتی (جسمی، روحی و روانی)، امکان کسب اطلاعات قابل اعتماد از بیمار نباشد، مصاحبه با یکی از افراد خانواده که دارای بیشترین و دقیق ترین اطلاعات در خصوص وضعیت بیمار می باشد، انجام می شود.

۷. برای شروع درمان صحیح و سریع، ایده آل است که ارزیابی اولیه، بلافاصله، در زمان بدو ورود بیمار به بخش انجام شود. اما با توجه به تفاوت در شرایط درمانی و مراقبتی مورد نیاز بیماران، تکمیل فرم، می تواند تا انتهای همان شیفت کاری یا حداکثر ظرف ۲۴ ساعت اول بستری انجام شود.

۸. نتایج حاصل از ارزیابی اولیه بیمار بایستی در فرم گزارش پرستاری بیمار ثبت گردد.

۹. ارزیابی اولیه فقط یکبار در طول بستری بیمار انجام می شود. در صورت انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر نیاز به انجام ارزیابی اولیه مجدد بیمار نیست. اما ضروری است؛ در بخش جدید در تنظیم برنامه مراقبتی بیمار، موارد مندرج در فرم ارزیابی اولیه مد نظر قرار گیرد.

تبصره ۱: در صورت انتقال بیمار از اورژانس و یا در صورتیکه به هر دلیلی در بخش مبدا ارزیابی اولیه انجام نشده باشد؛ ضروری است؛ در بخش مقصد ارزیابی اولیه بیمار انجام گیرد.

تبصره ۲: در صورت انتقال بیمار از بخش عادی به بخش اعصاب و روان، ضروری است؛ ارزیابی مجدد بر اساس فرم های ارزیابی اولیه بیمار اعصاب و روان انجام شود.

جهت تکمیل فرم ارزیابی :

- قبل از انجام ارزیابی از راحتی محیط ارزیابی و تامین خلوت بیمار اطمینان حاصل نمایید.
- از تمایل بیمار نسبت به حضور اعضای خانواده و همراهانش در زمان ارزیابی اطمینان حاصل نمایید.

نکات ضروری تکمیل بخش های مختلف فرم ارزیابی اولیه پرستاری:

- در قسمت اطلاعات دموگرافی ابتدای فرم، منظور از تاریخ پذیرش، تاریخ پذیرش در بخش می باشد.

۱- بخش اطلاعات پایه:

این بخش حاوی اطلاعات زمینه ای و دموگرافیک بیمار است. که از طریق مصاحبه با بیمار یا همراه وی و مشاهده و بررسی پرستار تکمیل خواهد شد.

- **ساعت ورود به بخش:** به طور دقیق و با فرمت دیجیتال از صفر (۰۰:۰۰) تا ۲۳:۵۹ درج شود.
- **ساعت شروع ارزیابی :** ساعت به طور دقیق و با فرمت دیجیتال از صفر (۰۰:۰۰) تا ۲۳:۵۹ درج شود.
- **منبع اطلاعات:** بیمار، خانواده بیمار یا سایر منابع با ذکر آن می باشد که در این قسمت امکان انتخاب بیش از یک مورد وجود دارد.
- **میزان تحصیلات ، دین و وضعیت تاهل:** میزان تحصیلات، دین و وضعیت تاهل بیمار نیز طی مصاحبه و بر اساس موارد مندرج در فرم بررسی و تعیین شود.
- **بیماران خانم :** با توجه به منع انجام بعضی از اقدامات تشخیصی، درمانی و... در دوران بارداری و شیردهی، بررسی بیمار از این منظر حائز اهمیت می باشد. در این بخش در صورت باردار بودن و یا شیردهی بیمار گزینه بله انتخاب می شود.
- **نحوه ورود بیمار:** نحوه ورود بیمار به بخش را بر مبنای با پای خود، صندلی چرخدار، برانکارد و سایر روش های ورود مشخص نمایید.
- **مراجعه از:** در این قسمت مراجعه بیمار از مطب پزشک، اورژانس، درمانگاه، بیمارستان دیگر، مراجع قضایی و یا سایر موارد انتخاب می شود.
- **علائم حیاتی بدو ورود:** علائم حیاتی بدو ورود بیمار با دقت کنترل و درج گردد.

- T: درجه حرارت بر حسب سلسیوس
- در دماسنج‌های دیجیتال، معیار بیشتر «تا شنیدن بوق/ثبات عدد» است. در دماسنج‌های جیوه ای:
 ۱. دهانی (Oral): حدود ۳ تا ۵ دقیقه
 ۲. زیر بغل (Axillary): حدود ۵ تا ۱۰ دقیقه
 ۳. رکتال (Rectal): حدود ۲ تا ۳ دقیقه
 ۴. گوشی (Tympanic): حدود ۱ تا ۲ ثانیه
- با ترمومترهای مادون قرمز، تقریباً آنی
- ۵. شقیقه‌ای / تمپورال (Temporal artery): حدود ۲ تا ۵ ثانیه اسکن سطح پوست پیشانی
- RR: تعداد تنفس در دقیقه
- PR: تعداد نبض در دقیقه
- BP: میزان فشار خون بر حسب میلی‌متر جیوه
- درد: تعیین میزان درد از صفر تا ۱۰، محل، طول مدت و روش‌های تسکین درد و بررسی اثر درد بر روی فعالیت بیمار، این قسمت از طریق مصاحبه، مشاهده پرستار و ثبت آن تکمیل می‌گردد. در امتیاز دهی به درد، دور عدد مورد نظر بر حسب مصاحبه با بیمار دایره کشیده می‌شود.
- ✓ مشخص نمودن محل درد
- ✓ طول مدت درد بر حسب متناوب و مداوم
- ✓ میزان تاثیر درد بر روی فعالیت بیمار بر حسب دارد یا ندارد
- ✓ روش‌های تسکین درد بر حسب غیر دارویی و دارویی با ذکر روش و میزان تاثیر آن نوشته شود.

نشانگر	برابر با	صورتک
فقدان درد	صفر	
درد خفیف	۲	
درد متوسط	۴	
درد شدید	۶	
درد بسیار شدید	۸	
درد غیر قابل تحمل	۱۰	

- **لوله و اتصالات بیمار:** در این قسمت، بیمار از نظر داشتن هر نوع اتصالات مندرج در فرم، بررسی می‌شود. در صورت داشتن درن، گچ، شانت، بخیه، آتل، پانسمان، تراکشن، استومی، محل آن ذکر شود.

۲- بخش وضعیت ارتباطی:

- **سطح هوشیاری:** وضعیت هوشیاری بیمار را بررسی و بر اساس موارد هوشیار، خواب آلوده، گیج و بدون پاسخ انتخاب نمایید.
- **آگاهی به زمان و مکان و شخص:** آگاهی بیمار به زمان را با پرسشی نظیر "امروز چه روزی از هفته یا چه تاریخی است" و آگاهی به مکان را با پرسشی در خصوص محل انجام ارزیابی و آگاهی به شخص را با پرسشی نظیر "نام شما چیست؟ یا من چه کسی هستم؟" بررسی نمایید.
- **زبان و نوع گویش:** منظور از زبان، زبان مادری بیمار است. در صورتی که بیمار قادر به صحبت به زبان فارسی و یا زبان رایج منطقه نباشد و جهت ارتباط با کادر درمان نیاز به مترجم داشته باشد، نیاز بیمار به ترجمه را درج نمایید.
- **نحوه صحبت کردن:** حین مصاحبه، نحوه تکلم بیمار را از نظر وضوح، اشکال در تکلم، عدم توانایی در صحبت کردن و صحبت با اشاره را بررسی نمایید.
- **وضعیت همکاری:** در صورتی که گزینه ندارد انتخاب شود؛ توضیحات مربوط به علت عدم همکاری با اشاره به دلایلی همچون، وجود موانع ارتباطی مثل زبان، وضعیت خلقی و عاطفی بیمار و ... در قسمت ذکر دلیل درج گردد.

۳- بخش بررسی تاریخچه سلامت و بیماری:

- شکایت اصلی (علت مراجعه بیمار):** منظور از شکایت اصلی، علت مراجعه بیمار به پزشک از زبان خود بیمار یا همراه او می باشد که جهت تکمیل این بند ضروری است؛ عین عبارت بیمار یا همراه وی درج گردد.
- دانستن شکایت اصلی بیمار از این جهت مهم است که بیمار در فرایند ارزیابی، شکایت های متعددی را بیان می کند که ممکن است ارتباطی به بیماری فعلی او نداشته باشند و موجب انحراف در مسیر تشخیص، درمان و مراقبت او گردد. به همین دلیل، ثبت شکایت اصلی بیمار نقش مهمی در تشخیص بیماری و پیش بینی نیازهای درمانی مراقبتی بیمار پیدا می کند.
- علت بستری:** منظور، تشخیص اولیه پزشک معالج جهت بستری نمودن بیمار می باشد.
- سابقه بستری:** در این قسمت، سابقه هر نوع بستری بیمار در بیمارستان از طریق مصاحبه با بیمار/ خانواده او تکمیل می شود. در صورت وجود سابقه بستری، علت و تاریخ آخرین بستری بیمار درج گردد.
- سابقه جراحی:** در این قسمت، سابقه جراحی بیمار بررسی می شود که در صورت وجود سابقه جراحی نوع آن درج شود.
- سابقه بیماری (جسمی/ روانی/ اختلال مادرزادی):** در این بخش، سابقه بیماری های جسمی یا روانی که بیمار قبلا یا در حال حاضر به آن مبتلا بوده یا می باشد، را بررسی و ذکر نمایید. در صورت ذکر سابقه هر نوع بیماری در هر یک از سیستم های بدن، توسط بیمار یا خانواده، سیستم مورد نظر را انتخاب و نام بیماری را درج نمایید.
- سابقه بیماری در خانواده (جسمی/ روانی):** سابقه هر نوع بیماری در اعضای درجه یک خانواده، مورد بررسی قرار گرفته و در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری و نسبت فرد با بیمار درج گردد.
- سابقه ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی:** در این بخش، سابقه دریافت خون و فراورده های خونی و هر نوع واکنش به آن ها قید می گردد.

عادات و عوامل خطر: عادات و ریسک فاکتورهای مورد اشاره در صورت مثبت بودن، در فرم علامت زده شود.

خواب و استراحت: در این بخش، دو موضوع میزان خواب و مشکلات آن بررسی می شود.

۱- **میزان خواب:** میزان خواب بیمار در طیفی شامل طبیعی، کمتر از حد طبیعی (کمتر از ۵ ساعت) و بیشتر از حد طبیعی (بیشتر از ۸ ساعت) تعیین می شود.

۲- **مشکلات خواب:** در صورت وجود مشکلات خواب (آپنه خواب، بی خوابی، خروپف، سندرم پاهای بی قرار در خواب، راه رفتن هنگام خواب، صحبت کردن در خواب، کابوس ها و وحشت های شبانه) نوع آن ذکر شود.

۴- بخش حساسیتها:

۱- در این بخش، سابقه هر نوع حساسیت شامل دارویی و غذایی را بررسی و در صورت مثبت بودن هر یک از آنها، نوع واکنش از قبیل خارش، التهاب، سوزش، تنگی نفس، کهیر و... را ذکر نمایید.

۲- در صورت وجود سابقه هر نوع حساسیت، دستبند قرمز برای بیمار استفاده نمایید.

۵- بخش ارزیابی وضعیت تغذیه ای:

ارزیابی تغذیه ای ابزاری مفید و موثر در شناسایی سریع بیمارانی که از نظر تغذیه ای نیاز به ارزیابی عمیق تر، مداخلات دقیق تر و برنامه های مراقبتی بیشتری دارند، می باشد. با توجه به اینکه عوامل مختلفی از جمله ابتلاء به بیماری، مصرف داروها در طول زمان بستری، تداخلات احتمالی غذای مصرفی با داروها، محیط بیمارستان و ... از جمله علل بی اشتهایی و مصرف ناکافی غذا و در نهایت افزایش خطر سوء تغذیه در بیماران بستری می باشد، لازم است افراد آسیب پذیر در همان ابتدای پذیرش در بخش، تحت ارزیابی قرار گرفته و مراقبت تغذیه ای لازم را دریافت نمایند.

با انجام این ارزیابی، پرستار در جریان شرایط بیمار از نظر شاخص های وزن، قد و نمایه توده بدنی^۱ (BMI) قرار می گیرد. آشنایی با شرایط تغذیه ای بیمار منجر به شناسایی بیماران نیازمند ارزیابی و مداخلات دقیق تر تغذیه ای و ارجاع آنان به کارشناس تغذیه جهت محاسبه و تامین نیاز ویژه بیمار به مواد مغذی و پیشگیری از ایجاد یا پیشرفت سوء تغذیه می شود. حمایت تغذیه ای از بیماران بستری، موجب کاهش مدت ماندگاری بیمار در بیمارستان، هزینه های بیمارستانی و کاهش مرگ و میر بیماران خواهد شد. با توجه به اهمیت سوء تغذیه و عوارض ناشی از آن، شناسایی افراد مبتلا یا در معرض خطر در مراحل اولیه پذیرش و بستری در بیمارستان، می تواند منتهی به پیامدهای مثبت و پیشگیری از وخامت وضعیت بیماری فرد گردد.

^۱ Body Mass Index

دستورالعمل تکمیل بخش ارزیابی وضعیت تغذیه ای:

در این قسمت، ابتدا اندازه گیری وزن (با استفاده از ترازوی استاندارد و با حداقل لباس و بدون کفش) و قد (بدون کفش و با استفاده از قدسنج استاندارد مماس با دیوار) صورت گیرد. سپس نمایه توده بدنی (BMI)، با استفاده از فرمول نسبت وزن (بر حسب کیلوگرم) به مجذور قد (بر حسب متر به توان دو) محاسبه و در محل مربوطه درج می شود.

$$\text{نمایه توده بدنی} = \frac{\text{وزن (به کیلوگرم)}}{\text{قد (به متر)} \times \text{قد (به متر)}}$$

لازم است کنترل دوره ای ترازو از جهت دقت و سلامت صورت گیرد تا BMI به دست آمده دقیق باشد. در صورتی که اندازه گیری وزن و قد و متعاقباً BMI بیمار میسر نباشد؛ می توان از اطلاعات مندرج در پرونده در بدو بستری در بخش استفاده کرد و یا با سوال از بیمار (در صورتی که قادر به پاسخ گویی باشد) یا همراه ایشان در مورد وزن معمول و قد بیمار، توده بدنی بیمار را محاسبه کرد.

لازم به ذکر است، برای پاسخ به سوال "نیاز به انجام مشاوره تغذیه" موارد ذیل در نظر گرفته شود :

۱- کمتر از ۱۸/۵ = کمبود وزن

۲- ۱۸/۵-۲۴/۹ = محدوده نرمال

۳- ۲۵-۳۰ = اضافه وزن

۴- ۳۰-۳۵ = چاقی نوع ۱

۵- ۳۵-۴۰ = چاقی نوع ۲

۶- بیشتر از ۴۰ = چاقی بیمارگونه

نکته: در مورد بیمارانی که طبق نتایج ارزیابی پرستار نیاز به انجام مشاوره تغذیه باشد، پس از درخواست مشاوره توسط پزشک، باید به نحو مقتضی، به کارشناس تغذیه اطلاع رسانی گردد.

۶- بخش ارزیابی احتمال خطر سقوط:

این بخش به منظور ارتقاء ایمنی بیمار و پیش بینی اقدامات پیشگیرانه از سقوط طراحی شده که در ارزیابی های مستمر بیمار کاربرد دارد.

۱- بیمار را از نظر احتمال خطر سقوط بر اساس معیار موریس ارزیابی نمایید.

۲- نتایج ارزیابی و میزان ریسک، علاوه بر فرم ارزیابی در فرم های گزارش پرستار و کاردکس نیز ثبت گردد.

- در صورتی که نتایج ارزیابی بیمار حاکی از وجود ریسک سقوط باشد، روی دستبند شناسایی بیمار از برچسب زرد استفاده کنید.
- با توجه به اینکه با تغییر شرایط بیمار احتمال خطر سقوط تغییر می نماید، میزان مخاطره در هر شیفت بایستی ارزیابی و در گزارش پرستار ثبت شود.

مقیاس مورس :

- ریسک فاکتور: سابقه سقوط قبلی (۲۵ امتیاز)، بیماری زمینه‌ای مانند دیابت، سرگیجه، فشار خون و... (۱۵ امتیاز)، سرم IV line (۲۰ امتیاز)
- استفاده از وسیله حرکتی: ویلچر (۳۰ امتیاز)، واکر / عصا / چوب زیر بغل (۱۵ امتیاز)، عدم استفاده از وسیله حرکتی (۰ امتیاز)
- نحوه راه رفتن: مختل (۲۰ امتیاز)، ضعف در حفظ تعادل (۱۰ امتیاز)
- وضعیت آگاهی: آلزایمر، دمانس، ساب کما، آژیته (۱۵ امتیاز)، هوشیار و آگاه / کما (۰ امتیاز)
- نتیجه ارزیابی: جمع امتیاز هایی که در موارد بالا استخراج شده است، محاسبه می‌شود و بر حسب میزان آن، یکی از موارد زیر لحاظ می‌شود:
- کمتر از ۲۴: ریسک پایین
- بین ۲۵ تا ۴۴: ریسک متوسط
- بالاتر از ۴۵: ریسک بالا

۷- بخش ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری:

- این بخش به منظور ارتقاء ایمنی بیمار و پیش بینی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری طراحی شده که در ارزیابی های مستمر بیمار کاربرد دارد.
- ۱- در ابتدا بیمار را از نظر وجود زخم فشاری ارزیابی نموده و در صورت وجود زخم، موقعیت آناتومیک آن را ذکر نمایید.
 - ۲- سپس بیمار را از نظر احتمال خطر ابتلا به زخم بر اساس برادن ارزیابی نمایید.
 - ۳- نتایج ارزیابی و میزان ریسک علاوه بر فرم ارزیابی در فرم های گزارش پرستار و کاردکس نیز ثبت گردد.
- در صورتیکه نتایج ارزیابی حاکی از ریسک ابتلا به زخم فشاری باشد، روی دستبند شناسایی بیمار از برچسب زرد استفاده کنید.
 - با توجه به اینکه با تغییر شرایط بیمار احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری تغییر می نماید، میزان مخاطره در هر شیفت بایستی ارزیابی و در گزارش پرستار ثبت شود.

مقیاس برادن :

- درک حسی: کاملاً مختل (۱ امتیاز)، خیلی مختل (۲ امتیاز)، نسبتاً مختل (۳ امتیاز)، کاملاً سالم (۴ امتیاز)
- رطوبت: دائماً خیس (۱ امتیاز)، اکثراً خیس (۲ امتیاز)، گاهی خیس (۳ امتیاز)، خشک (۴ امتیاز)
- فعالیت: وابسته به تخت (۱ امتیاز)، وابسته به صندلی (۲ امتیاز)، راه رفتن با کمک (۳ امتیاز)، راه رفتن بدون کمک (۴ امتیاز)
- تحرک: کاملاً بی حرکت (۱ امتیاز)، حرکت خیلی محدود (۲ امتیاز)، تحرک نسبتاً محدود (۳ امتیاز)، کاملاً متحرک (۴ امتیاز)
- تغذیه: خیلی مختل (۱ امتیاز)، خوردن کمتر از نصف نیاز روزانه (۲ امتیاز)، خوردن بیشترین میزان نیاز روزانه (۳ امتیاز)، تغذیه کامل (۴ امتیاز)
- کشش/سایش: سر خوردن مکرر (۱ امتیاز)، خودداری نسبی از سر خوردن (۲ امتیاز)، خودداری از سر خوردن (۳ امتیاز)
- جمع امتیاز هایی که در هر مورد بالا استخراج شده است، محاسبه می‌شود و بر حسب میزان آن، یکی از موارد زیر لحاظ می‌شود:

- کمتر از ۹: ریسک خیلی بالا
- بین ۱۰ الی ۱۲: ریسک بالا
- بین ۱۳ الی ۱۴: ریسک متوسط
- بین ۱۵ الی ۱۸: ریسک پایین
- بین ۱۹ الی ۲۳: کنترل معمول

۸- بخش ارزیابی سابقه دارویی:

در این بخش، به منظور مدیریت مصرف صحیح و ایمن داروها ضروری است، داروهایی را که بیمار از قبل از زمان بستری در بیمارستان، در حال مصرف آن می باشد، مشخص و در جدول مربوطه درج گردد، این اقدام از جهت پیشگیری از نا همخوانی و تداخل اثرات آن ها با داروهای تجویز شده هنگام بستری بیمار حائز اهمیت می باشد.

۹- بخش محدودیت ها و توانایی ها:

محدودیت ها :

- ۱- ارزیابی محدودیت شنوایی به صورت خیر یا بله می باشد که در صورتی که جواب بله باشد، ذکر نوع آن به صورت کم شنوایی یا ناشنوایی و مشخص نمودن گوش درگیر (راست یا چپ و یا هر دو گوش) انجام می شود.
 - ۲- ارزیابی محدودیت بینایی نیز به صورت خیر یا بله مشخص گردیده است. در صورتی که جواب بله باشد، ذکر نوع آن به صورت نابینایی، کم بینایی و معین نمودن چشم درگیر (چشم راست یا چپ و یا هر دو چشم) انجام می شود.
 - ۳- در صورت وجود نقص و یا قطع عضو، نوع نقص و اندام مربوطه ذکر می شود.
- وسایل کمکی و پروتزها :** در صورت استفاده بیمار از هریک از وسایل کمکی و پروتزهای ذکر شده مقابل آن علامت زده شود.
- توانایی خواندن و نوشتن:** در این قسمت توانایی خواندن و نوشتن ارزیابی می شود و به صورت بله و خیر مشخص گردیده است.
- توانایی استفاده از زنگ احضار پرستار:** این قسمت به صورت بله و خیر مشخص گردیده است و در صورتی که گزینه خیر انتخاب شود، توجه بیشتر پرستار مراقب بیمار را می طلبد.
- انجام فعالیت روزانه زندگی:** توانایی غذا خوردن، لباس پوشیدن، حمام کردن، دستشویی رفتن و وضعیت تحرک و جا به جایی بیمار را از مستقل تا وابسته مشخص نمایید.

۱۰- بخش ارزش های مذهبی و فرهنگی:

باورهای مذهبی و فرهنگی خاص بیمار و خانواده وی که بر روی روند درمان و یا آموزش تاثیر گذارند که در صورت مثبت بودن بایستی توضیح داده شود (ارتباط با شیاطین یا رسوخ جن در جسم بیماران مبتلا به اختلالات روان، گناهکار بودن بیمار و...) و در صورت ناتوانی در ارزیابی به دلیل شرایط بیمار، گزینه غیرقابل ارزیابی انتخاب می شود.

۱۱- بخش نیاز های آموزشی و خود مراقبتی بیمار:

- ✓ تمایل بیمار به یادگیری
- ✓ توانایی یادگیری بیمار
- ✓ موانع یادگیری بر حسب نوع آن شامل: جسمی (محدودیت های جسمی و فیزیکی)، خواندن، زبان، انگیزشی و روانی
- ✓ ذکر نوع نیاز آموزشی بیمار بر حسب فرایند بیماری، مراقبت، درمان، داروها و مصرف آن، تجهیزات و وسایل، تغذیه، پروسیجر های تشخیصی - درمانی، روند ترخیص، فعالیت، پیگیری، معرفی سیستم های حمایتی

۱۲- بخش ارزیابی سیستم ها:

در این بخش سیستم ها بر اساس مصاحبه با بیمار و خانواده، مشاهده و معاینه پرستار مورد ارزیابی قرار گرفته و در صورت وجود مشکل در هر سیستم، مقابل گزینه مورد نظر علامت زده و مشکل را نام برده یا توضیح دهید. سپس بر اساس مشکل انتخاب شده، تشخیص پرستاری مربوطه انتخاب شود.

۱۳- بخش سطح مراقبتی:

سطوح مراقبتی بیمار براساس ارزیابی انجام شده تعیین می شود. بدیهی است؛ با توجه به احتمال تغییر سطح مراقبتی بیمار، سطح تعیین شده در ارزیابی اولیه علاوه بر کاربرد در تدوین برنامه مراقبت، به عنوان مبنایی جهت مقایسه وضعیت بیمار در ارزیابی مستمر می باشد.

تعریف سطح مراقبت: میزان نیاز بیمار به مراقبت های پرستاری براساس وضعیت بیمار طی یک نوبت کاری است که به روش های مختلف تعیین و در دستورالعمل مراقبت موردی ابلاغی سال ۱۳۹۵ در ۵ سطح شامل خود مراقبتی^۲، مراقبت جزئی، مراقبت نسبی، مراقبت کامل^۳ و مراقبت ویژه^۴ در نظر گرفته شده است.

- **سطح یک (خود مراقبتی):** بیمار بدون کمک، قادر به انجام فعالیت های روزانه خود (خوردن و آشامیدن، نظافت و آراستگی، دفع و حرکت) می باشد. غالبا نیاز به درمان دارویی خاصی ندارند و عمده اقدام مراقبتی آنها برقراری راه وریدی و کنترل هر ۶ ساعت علائم حیاتی می باشد.

^۲ Self care

^۳ Total care

^۴ Intensive care

- **سطح دو (مراقبت جزئی):** بیمار با حداقل کمک قادر به انجام فعالیت های روزمره زندگی خود می باشد، در طول یک نوبت کاری نیازمند سطح محدودی از مراقبت که نهایتاً شامل کنترل علائم حیاتی (هر ۶ ساعت)، برقراری راه وریدی، دادن دارو و بررسی اثر دارو (تعداد محدود) می باشد.

- **سطح سه (مراقبت نسبی):** بیمار برای انجام فعالیت های روزانه احتیاج به کمک داشته، نیازمند سطح بالاتری از مراقبت ها مانند مشاهده و ارزیابی دوره ای وضعیت فیزیولوژیک در هر نوبت کاری، کنترل دقیق علائم حیاتی، برقراری راه وریدی و مانیتورینگ آن، درمان دارویی و بررسی اثرات درمانی و جانبی درمان ها می باشد.

- **سطح چهار (مراقبت کامل):** بیمار به طور کامل وابسته است و قادر به انجام هیچ یک از فعالیتهای روزمره خود نیست، در این سطح بیمار از نظر فیزیولوژیک به شدت بدحال و دارای علائم حاد مانند خونریزی، حملات حاد تنفسی و... دریافت کننده داروهای های متعدد، نیازمند دریافت مراقبت بیشتر از متوسط، شامل مشاهده و ارزیابی مکرر وضعیت فیزیولوژیک، شناختی و روانی، کنترل هر ۲ تا ۴ ساعت علائم حیاتی، بررسی و اقدامات ویژه تغذیه ای می باشد.

- **سطح پنج (مراقبت ویژه):** بیمار نیازمند حداکثر مراقبت، مشاهدات و مانیتورینگ مداوم، کنترل هر یک ساعت علائم حیاتی، و دریافت کننده درمانهای پیچیده و مداخلات پیشرفته پرستاری مثل مراقبت از بیمار تحت ونتیلاتور می باشد.

■ در پایان ارزیابی، پرستار می بایست پس از نوشتن نام و نام خانوادگی فرم را امضاء و تاریخ و ساعت پایان ارزیابی را به صورت کامل درج نماید.