



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت پرستاری

دفتر ارتقاء سلامت و خدمات پرستاری

گروه توسعه خدمات پرستاری



راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری کودک (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 وسکویی - 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 - فرناز مستوفیان - مریم ذبیحی پور سعادت -
دکتر پریسا دولتشاهی - شیده گنجه ای - شهلا افشانی - فاطمه پیرمحمدی - محبوبه داخه هارونی - اسماعیل فلاحتی - ملیحه طالبی جا
غرق - منیره خاموشی

زیر نظر

دکتر عباس عبادی

معاون پرستاری وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

کلیات

سلامت دوران کودکی در زندگی هر فرد از اهمیت بالایی برخوردار است؛ زیرا، روند رشد و تکامل در این دوران مبنای رشد جسمانی و روانی فرد در بزرگسالی است.

کودکان نه تنها بزرگسالان کوچک نیستند؛ بلکه از نظر فیزیولوژیک تفاوت معناداری با افراد بزرگسال دارند. کودکان به علت شرایط بدنی ویژه (آناتومی و فیزیولوژی متفاوت) و تکامل ابتدائی سیستم های مختلف نسبت به بیماری ها و عوامل محیطی، آسیب پذیری بیشتری نشان می دهند. بنابراین؛ ضرورت استفاده از ابزارهای دقیق و منطبق بر استانداردها در ارزیابی اولیه کودکان توسط متخصص تیم سلامت بخصوص پرستاران، بدلیل اهمیت نقش ویژه آنها در تشخیص به موقع مشکلات، بر کسی پوشیده نیست. چرا که این ارزیابی می تواند نقش موثری در تشخیص زود هنگام مشکلات کودکان و در نتیجه اثربخشی روند درمان و کاهش بار بیماری ها و عوارض ناشی از درمان دیررس داشته باشد و چارچوبی برای تعیین و شناسایی نیازها و مشکلات بالینی بیمار به منظور برنامه ریزی مراقبت جامع و موثر تعیین می کند.

هدف کلی :

اطمینان از انجام صحیح و به موقع ارزیابی اولیه کودکان بستری و در نهایت دریافت مراقبت با کیفیت در بخش های کودکان

اهداف اختصاصی

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

اصول کلی ثبت در فرم ارزیابی اولیه بیمار:

۱. ارزیابی اولیه باید برای تمامی کودکان بستری در بخش های بیمارستان انجام شود.
۲. بنا بر ابلاغ وزارت بهداشت، محدوده سنی کودک از ۱ ماهگی تا ۱۷ سال تمام می باشد. اما با توجه به اینکه این محدوده ممکن است در بیمارستان ها و مراکز درمانی کمی متفاوت باشد، لذا تعیین این محدوده جهت تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری کودک به عهده بیمارستان/ مراکز درمانی می باشد.
۳. در بخش اورژانس ملاک ارزیابی بیمار تریاژ است؛ لذا نیاز به ارزیابی جامع پرستاری و تکمیل فرم ارزیابی اولیه نخواهد بود و 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. برای شروع درمان صحیح و سریع، ایده ال 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.

۵. در زمان بروز بحران های مانند سیل، زلزله، بیماری های همه گیر مانند کرونا و.. که نیازمند اجرای پروتکل های بهداشتی خاص می باشد، فقط در بخش هایی که بیماران متاثر از موارد فوق بستری می شوند، تکمیل فرم ارزیابی اولیه الزامی نمی باشد.
 ۶. فرم ارزیابی از طریق مصاحبه با والدین، خانواده/ همراهان کودک، مشاهده و بررسی علائم و نشانه های بیمار توسط پرستار تکمیل می گردد. در صورتی که به هر علتی (فوت، جسمی، روحی و روانی) امکان کسب اطلاعات از والدین کودک نباشد، مصاحبه با نزدیکترین فرد به کودک که دارای بیشترین و دقیق ترین اطلاعات در خصوص وضعیت او می باشد، انجام می شود.
 ۷. نتایج حاصل از ارزیابی اولیه بیمار بایستی در فرم گزارش پرستاری بیمار ثبت گردد.
 ۸. 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 بخش عادی به بخش اعصاب و روان ضروری است؛ ارزیابی بر اساس فرم های ارزیابی اولیه بیمار اعصاب و روان انجام شود.
- تبصره ۲:** 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.

جهت تکمیل فرم ارزیابی:

- قبل از انجام ارزیابی از راحتی محیط ارزیابی و تامین خلوت بیمار/ والدین/ خانواده/ همراهان کودک اطمینان حاصل نمایید. (اتاق استراحت یا اتاق بیمار خالی)
- ابتدا خود را به بیمار و والدین معرفی کنید (ذکر نام، سمت و نقش در مراقبت از کودک). برای حفظ ادب و احترام شایسته است نام و نسبت تمامی اعضای خانواده حاضر در مصاحبه را نیز بپرسید.
- هدف از مصاحبه و ارزیابی را به والدین توضیح داده و اهمیت ارزیابی پرستاری را برای والدین/ همراه بیمار توضیح دهید.
- از سوالات باز برای ارزیابی و بررسی بیمار استفاده کنید.
- سوالات را جدا جدا پرسیده و از طرح چند سوال همزمان خودداری فرمایید.
- کودک را با طرح سوالات مناسب سن و دوره تکاملی در مصاحبه مشارکت دهید.
- در پاسخ به سوالات کودک صادق باشید. کودکان نیاز دارند که یاد بگیرند به پرستار خود اعتماد کنند.
- بر اولویت های بیان شده و موضوعات مهم والدین توجه داشته باشید (مثل سوال مکرر والدین در خصوص هزینه های درمانی و..)
- به منظور صرفه جویی در زمان و پیشگیری از کسب اطلاعات تکراری و ارزیابی جامع از بیمار ضروری است پرستار علاوه بر انجام ارزیابی اولیه پرستاری، فرم های پذیرش، شرح حال و معاینه بدنی را نیز مطالعه نماید.

نکات ضروری تکمیل بخش های مختلف فرم:

۱- بخش اطلاعات پایه:

این بخش حاوی اطلاعات زمینه ای و دموگرافیک بیمار است. که از طریق مصاحبه با بیمار یا همراه 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: منظور ساعته ای است که پرستار ارزیابی اولیه را آغاز می کند که ضروری است به طور دقیق و با فرمت دیجیتال از صفر (۰۰:۰۰) تا ۲۳:۵۹ درج شود.
 - منبع اطلاعات و سرپرست قانونی کودک و دین والدین: بر اساس موارد ذکر شده درج گردد. دین و نوع مذهب والدین به جهت رعایت برخی ملاحظات درج گردد.
 - نحوه ورود بیمار: نحوه ورود بیمار به بخش را بر مبنای با پای خود، صندلی چرخدار، برانکارد، در آغوش، با انکوباتور و سایر روش های ورود مشخص نمایید.
 - مراجعه از: بر اساس موارد ذکر شده درج گردد.
 - علائم حیاتی بدو ورود: علائم حیاتی بدو ورود بیمار با دقت و توجه به ملاحظات مربوط به اطفال (نحوه اندازه گیری و رنج نرمال علائم حیاتی این گروه سنی) کنترل و درج گردد.
- T: درجه حرارت بر حسب سلسیوس
- در دماسنج های دیجیتال، معیار بیشتر «تا شنیدن بوق/ثبات عدد» است. در دماسنج های 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. شقیقه ای / 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 روش های تسکین درد و بررسی اثر درد بر روی فعالیت بیمار
- این قسمت را می توان از طریق مصاحبه، مشاهده کودک و مقایسه آن با مقیاس چهره ها تکمیل نمود. همچنین در امتیاز دهی به درد می توان بر حسب مصاحبه با بیمار از مقیاس خطی استفاده نمود و دور عدد مورد نظر دایره کشید.

✓ مشخص نمودن محل درد

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری کودک (ویرایش اول)

- ✓ نوع درد برحسب حاد و مزمن
- ✓ طول مدت درد بر حسب متناوب و مداوم
- ✓ میزان تاثیر درد بر روی فعالیت بیمار بر حسب دارد یا ندارد
- ✓ عوامل تشدید کننده درد
- ✓ عوامل تسکین دهنده درد
- ✓ روش های 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:** منظور از لوله و اتصالات، مواردی از قبیل IV، استومی، لوله تراشه، گچ، بخیه، شانت، آتل، پانسمان، تراکشن، پیس میکر، چست تیوب، سوند ادراری، سوند معده، تراکئوستومی، کاتتر شالدون، CVLine، و... می باشد که در این بخش از ارزیابی بیمار از نظر داشتن هر نوع از اتصالات بررسی و در صورت داشتن هر یک از آنها، نام و محل تعبیه آن را در فرم درج نمایید.

۲- بخش وضعیت ارتباطی:

- **سطح هوشیاری:** وضعیت هوشیاری بیمار را بررسی و بر اساس آن یکی از موارد هوشیار، خواب آلوده، گیج و بدون پاسخ را انتخاب نمایید.
- **آگاهی به زمان و مکان و شخص:** با توجه به فراهم نبودن شرایط ارزیابی موقعیت و جهت یابی کودک در ارزیابی این بخش فقط در کودکان قادر به تکلم (بالای ۴ سال) و با طرح پرسش های ساده نظیر "الان شب است یا روز" و یا "اینجا کجاست" آگاهی به زمان و مکان و با پرسشی نظیر "نام شما چیست؟ یا من چه کسی هستم؟" آگاهی به شخص را بررسی نمایید.
- **آگاهی کودک به زمان و مکان را ارزیابی کنید.** بدیهی است در بررسی این بخش پاسخ های دریافتی از کودک با توجه به سن و بلوغ مورد انتظار مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت.
- **زبان و نوع گویش و نحوه صحبت کردن کودک:** در صورت رسیدن کودک به سن تکلم این موارد نیاز به ارزیابی دارد.

- وضعیت همکاری: علت عدم همکاری کودک با اشاره به دلایلی همچون عدم بلوغ، وجود موانع ارتباطی مثل زبان، وضعیت خلقی و عاطفی بیمار و ... می باشد.

۳- بخش تاریخچه سلامت و بیماری:

شکایت اصلی (علت مراجعه بیمار): منظور از شکایت اصلی علت مراجعه بیمار به پزشک از زبان والدین، خانواده/ همراهان کودک می باشد که جهت تکمیل این بند ضروری است عین عبارت والدین، خانواده/ همراهان کودک 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 و اهمیت دادن به شکایت اصلی بیمار نقش مهمی در تشخیص بیماری و پیش بینی نیازهای درمانی، مراقبتی بیمار پیدا می کند.

علت بستری: اشاره به تشخیص اولیه پزشک معالج دارد و در مواردی هم انجام اقدام خاصی مورد نظر است مانند بیوپسی. سابقه بستری شدن در بیمارستان: در این قسمت سابقه هر نوع بستری بیمار در بیمارستان تکمیل می شود. در صورت وجود سابقه بستری، دفعات، علت و تاریخ آخرین بستری بیمار درج گردد.

سابقه جراحی: در صورت داشتن سابقه جراحی نوع عمل جراحی ذکر شود. سابقه بیماری: در صورت ذکر سابقه هر نوع بیماری در هر یک از سیستم ها توسط بیمار یا خانواده، سیستم مورد نظر را انتخاب و نام بیماری را ذکر نمایید. در این بخش سابقه بیماریهای جسمی یا روانی مهمی که بیمار قبلا یا در حال حاضر به آن مبتلا بوده یا می باشد، را بررسی و ذکر نمایید

سابقه بیماری در خانواده: سابقه هر نوع بیماری در اعضای درجه یک خانواده مورد بررسی قرار گرفته و در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری درج گردد.

وضعیت واکسیناسیون: وضعیت واکسیناسیون کودک را بر اساس کارت واکسیناسیون کودک بررسی و کامل یا ناکامل بودن آن را در قسمت مربوطه ذکر نمایید.

سابقه سوء مصرف دارو و مواد مخدر: در این بخش سابقه سوء مصرف دارو و مواد مخدر مورد بررسی قرار می گیرد. سابقه ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی و بررسی سابقه واکنش به آن: در این بخش سابقه دریافت خون و هر نوع واکنش به آن قید می گردد.

خواب و استراحت: وضعیت خواب و استراحت کودک با ارزیابی میزان خواب در ۲۴ ساعت و وجود مشکلات خواب بررسی می شود.

۴- بخش حساسیتها:

۱- در این بخش سابقه هر نوع حساسیت شامل دارویی، غذایی و انواع شیر 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. در صورتی که به سایر موارد حساسیت داشته باشد با ذکر نام ماده و نوع واکنش ذکر شود.

۲- در صورت وجود سابقه حساسیت شناخته شده دارویی روی دستبند شناسایی بیمار برچسب قرمز استفاده نمایید.

۵- 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 فشاری بر اساس معیار گلامورگان ارزیابی نمایید.
 - ۳- نتایج ارزیابی و میزان ریسک، علاوه بر فرم ارزیابی در 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، باید میزان مخاطره در هر شیفت ارزیابی و در گزارش پرستار ثبت شود.
- ❖ ارزیابی احتمال خطر زخم فشاری در کودکان بایستی به صورت روزانه، در زمان تغییر شرایط بیمار، در زمان انتقال به بخش دیگر و قبل از ترخیص انجام شود.
- مقیاس گلامورگان:

- کودک قادر به حرکت نیست/بی‌هوشی عمومی (۲۰ امتیاز)
 - قادر به تغییر پوزیشن نمی باشد/قادر به نشستن نمی باشد/توانایی کنترل بدنش را ندارد (۱۵ امتیاز)
 - با توجه به سن فعالیت کمی دارد (۱۰ امتیاز)
 - فعالیت متناسب با سن دارد (۰ امتیاز)
 - تجهیزات/وسایل/فشار سطوح سخت روی پوست (۱۵ امتیاز)
- «نتیجه ارزیابی»، به صورت جمع امتیاز هایی که به هر یک از موارد بالا داده شده است، محاسبه می شود و بر حسب میزان آن، یکی از موارد زیر لحاظ می شود:
- بیشتر از ۱۰: در معرض خطر
 - بیشتر از ۱۵: ریسک متوسط
 - بیشتر از ۲۰: ریسک بالا

۶- بخش ارزیابی احتمال خطر سقوط:

***توجه:** تمامی اطفال در معرض خطر سقوط می باشند بنابراین پیش بینی اقدامات پیشگیرانه از سقوط برای تمامی آنها ضروری است.

- 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 هامپی دامپی ارزیابی نمایید.
 - ۲- نتایج ارزیابی و میزان ریسک علاوه بر فرم ارزیابی در گزارش پرستار و کاردکس نیز ثبت گردد.
- ❖ در صورتیکه نتایج ارزیابی حاکی از 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 هامپی دامپی:

سن :

- ❖ کمتر از ۳ سال (۴ امتیاز)
- ❖ ۳ تا ۷ سال (۳ امتیاز)
- ❖ ۷ تا ۱۳ سال (۲ امتیاز)
- ❖ بالای ۱۳ سال (۱ امتیاز)

جنس :

- ❖ پسر (۲ امتیاز)
- ❖ دختر (۱ امتیاز)

تشخیص :

- ❖ تشخیص نورولوژیکی برای کودک مطرح می باشد (۴ امتیاز)
- ❖ تغییرات اکسیژناسیون واضح دارد یا تغییرات همودینامیک که منجر به تغییرات اکسیژناسیون می شود (تشخیص های تنفسی، دهیدراتاسیون، آنمی، بی اشتهایی، سنکوپ، سرگیجه و ...) (۳ امتیاز)
- ❖ اختلالات عصبی رفتاری (۲ امتیاز)
- ❖ دیگر تشخیص ها (۱ امتیاز)

اختلالات شناختی :

- ❖ از محدودیت های خودش آگاه نیست (۳ امتیاز)
- ❖ محدودیت های خودش را فراموش می کند (۲ امتیاز)
- ❖ به توانایی های خود آگاه می باشد (۱ امتیاز)

فاکتورهای محیطی:

- ❖ سابقه افتادن در شیرخوارگی یا نوپایی از تخت دارد (۴ امتیاز)
- ❖ کودک بیماری که از وسایل کمک حرکتی (روبروک، عصا و...) استفاده می کند یا شیرخوار یا نوپا در گهواره، ننو و یا مبل تخت خواب شو در کنار والدین گذاشته شده است (۳ امتیاز)
- ❖ کودک بیمار، بستری در تخت است (۲ امتیاز)
- ❖ کودک، بیمار سرپایی است (۱ امتیاز)

مدت زمان پس از جراحی/سدیشن/بیهوشی :

- ❖ حدود ۲۴ ساعت (۳ امتیاز)
- ❖ حدود ۴۸ ساعت (۲ امتیاز)
- ❖ بالای ۴۸ ساعت/هیچ (۱ امتیاز)

داروهای مصرفی :

- ❖ از چند دارو استفاده می کند (بیشتر از ۳ دارو). از دسته دارویی سdatیوها (به جز بیمارانی که در آی سی یو سدیشن دریافت می کنند) فلج کننده ها- خواب آورها- مخدرها- باربیتورات ها- فنوتیازین ها- آنتی دپرسانت ها- ملین ها/دیورتیک ها (۳ امتیاز)
 - ❖ یکی از داروهای بالا را دریافت می کند (۲ امتیاز)
 - ❖ داروهای دیگر استفاده می کند/ دارو استفاده نمی کند (۱ امتیاز)
- «نتیجه ارزیابی»، جمع امتیاز هایی است که به هر یک از موارد بالا داده شده است، محاسبه می شود و بر حسب میزان آن، موارد زیر لحاظ می شود:

امتیاز ۷-۱۱: ریسک پایین سقوط

امتیاز ۱۲ و بالاتر: ریسک بالای سقوط

۷- ارزیابی از نظر نشانه های کودک آزاری:

در این بخش کودک از نظر نشانه های کودک آزاری مورد بررسی قرار می گیرد و در صورتی که گزینه "دارد" علامت زده شود، مراتب جهت پیگیری به دفتر پرستاری مرکز درمانی اطلاع داده شود و در گزارش پرستاری نیز ثبت گردد.

۸- بخش ارزشهای مذهبی فرهنگی:

در صورت وجود باورهای مذهبی و فرهنگی خانواده بیمار که بر روی روند درمان و یا آموزش تاثیر گذارند، 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.

۹- بخش ارزیابی سابقه دارویی:

- به منظور مدیریت مصرف صحیح و ایمن داروها ضروری است داروهای مصرفی قبل از بستری بیمار شناسایی شده تا با داروهای تجویز شده هنگام بستری از جهت نام همخوانی و تداخل اثرات مورد مقایسه و ارزیابی قرار گیرد. در این قسمت از ارزیابی لازم است، داروهایی که بیمار از قبل از زمان بستری در حال مصرف آن می باشد مشخص و در جدول مربوطه درج گردد.
- دارو های مکمل مورد استفاده برای کودکان (مولتی ویتامین / قطره A&D / مکمل آهن و...) نیز در جدول ارزیابی سابقه دارویی ذکر شود.

۱۰- بخش محدودیت ها و توانایی ها:

در این بخش، توجه داشته باشید، توانایی و محدودیت بر اساس سن و دوره تکاملی ارزیابی گردد.

محدودیت ها:

- ۱- ارزیابی محدودیت شنوایی به صورت خیر یا بله 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.
* ذکر آیتم غیر قابل ارزیابی برای مواردی است که از نظر تکاملی و رده سنی ارزیابی این محدودیت ها ممکن نباشد.
نقص و قطع عضو: به صورت بله یا خیر و در صورتی که پاسخ بله انتخاب شود نوع نقص و اندام مربوطه ذکر 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 ارزیابی توانایی خواندن و نوشتن کودک به منظور ارائه آموزش به صورت مستقل از والدین و یا رعایت محرمانگی روند مراقبت و درمان، می بایست مورد توجه قرار گیرد.
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 جابجایی کودک را با توجه به سن تقویمی و بر اساس موارد مندرج انتخاب نمایید.

۱۱- بخش ارزیابی تغذیه ای:

ارزیابی تغذیه ای ابزاری مفید و موثر در شناسایی سریع کودکان و نوجوانان بیماری است که از نظر تغذیه ای نیاز به ارزیابی عمیق تر، مداخلات دقیق تر و برنامه های مراقبتی پرستاری بیشتری دارند. به ویژه اینکه کودکان از آسیب پذیرترین گروه های جمعیتی بوده و با تغییر تغذیه آنان در زمان بستری، به سرعت با کاهش وزن مواجه شده و به سمت سوء تغذیه پیش می روند.

با توجه به اینکه عوامل مختلفی از جمله ابتلاء به بیماری، مصرف داروها در طول زمان بستری، تداخلات احتمالی غذا با داروها، محیط بیمارستان و ... از علل بی اشتها و مصرف ناکافی غذا و در نهایت افزایش خطر سوء تغذیه در کودکان بستری می باشد، لازم است این بیماران در همان ابتدای پذیرش در بخش، تحت ارزیابی قرار گرفته و مراقبت تغذیه ای لازم را دریافت نمایند.

با انجام ارزیابی تغذیه ای، پرستار در جریان شرایط کودک از نظر شاخص های تغذیه ای قرار گرفته و با اطلاع از اینکه کودک در معرض سوء تغذیه قرار دارد، نظارت ویژه ای بر تغذیه این بیماران خواهد داشت. آشنایی با شرایط تغذیه ای بیمار منجر به شناسایی این بیماران، معرفی به پزشک و ارجاع آنان به کارشناس تغذیه جهت پیشگیری از ایجاد یا پیشرفت سوء تغذیه می شود. حمایت تغذیه ای از کودکان و نوجوانان بیمار بستری، موجب کاهش مدت ماندگاری در بیمارستان، کاهش هزینه های بیمارستانی و کاهش مرگ و میر آنان خواهد شد. با توجه به اهمیت سوء تغذیه و عوارض ناشی از آن، شناسایی کودکان 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 کودک و نجات جان او گردد.

راهنمای تکمیل بخش ارزیابی تغذیه ای کودک / نوجوان بیمار:

لازم است در کلیه بخش های بستری کودکان، ترازو و قدسنج ویژه کودکان کالیبره شده با وزنه شاهد استاندارد (وزنه های ۵۰۰ و ۲۰۰۰ گرمی) در ایستگاه پرستاری موجود بوده و شاخص های وزن و قد در بدو بستری اندازه گیری شده و در محل مربوطه در فرم درج گردد.

نحوه اندازه گیری وزن و قد کودک یا نوجوان :

- **وزن (کیلوگرم):** وزن کودک یا نوجوان در هنگام پذیرش اندازه گیری و بر حسب کیلوگرم ثبت شود.
 - ✓ وزن کودکان زیر ۲ سال با کمترین لباس و با ترازوی مخصوص کودکان (ترازوی کفه ای) انجام شود.
 - ✓ اندازه گیری وزن کودکان بزرگتر از ۲ سال با ترازوی portable (پرتابل) و یا ترازوی شاهین دار انجام می شود که باید بر روی سطح صاف گذاشته شود و کودک بدون کفش به حالت ایستاده روی ترازو قرار گیرد
 - **قد (سانتیمتر):** قد کودک یا نوجوان در هنگام پذیرش اندازه گیری و بر حسب سانتیمتر ثبت شود.
 - ✓ بسته به سن و توانایی کودک در ایستادن، قد خوابیده (Length) یا قد ایستاده ی (Height) کودک را اندازه گیری کنید.
 - ✓ اگر کودک کمتر از ۲ سال دارد، قد خوابیده و اگر ۲ سال یا بیشتر دارد و قادر به ایستادن است قد ایستاده اش را اندازه بگیرید.
 - ✓ قد ایستاده، حدود ۰/۷ سانتی متر کمتر از قد خوابیده است. اگر کودک کمتر از ۲ سال، برای اندازه گیری قد خوابیده، دراز نمی کشد، قد ایستاده او را اندازه گرفته و ۰/۷ سانتی متر به آن اضافه کنید تا قد خوابیده به دست آید و اگر کودک ۲ ساله یا بزرگتر نتوانست بایستد، قد خوابیده ی او را اندازه گیری نموده و برای تبدیل آن به قد ایستاده، ۰/۷ سانتیمتر از آن کم کنید.
 - ✓ تخت قدسنج برای اندازه گیری قد خوابیده کودکان زیر ۲ سال به کار می رود. این وسیله، باید بر روی یک سطح صاف و محکم قرار گیرد.
 - ✓ قدسنج برای اندازه گیری قد ایستاده به کار می رود و به طور عمودی روی دیوار ثابت شده و نصب می شود.
 - ✓ پس از اندازه گیری وزن، کاهش یا افزایش وزن کودک در ۳ ماه اخیر مشخص گردد.
 - ✓ در خصوص بی اشتها یا کاهش مصرف غذا از والدین سوال شود.
- شرایط خاص نیازمند انجام مشاوره تغذیه:** در صورتی که کودک با تشخیص یکی از موارد زیر بستری شده باشد، می بایست مشاوره تغذیه انجام شود:

- ✓ **سوء تغذیه :** پزشک در برگه شرح حال، علت بستری را سوء تغذیه عنوان کرده باشد (بستری با تشخیص سوء تغذیه)
- ✓ **سرطان:** ابتلا به سرطان شناخته شده با تشخیص پزشک و یا موارد تحت شیمی درمانی
- ✓ **سوختگی:** موارد بستری در بخش به علت سوختگی
- ✓ **بیماریهای کلیوی:** ابتلا به بیماری های کلیوی شناخته شده حاد و مزمن و یا تحت انواع دیالیز
- ✓ **بیماری های غدد و متابولیک:** ابتلاء به بیماری هایی مانند دیابت، فنیل کتونوری (PKU)، بیماری شربت افرا، تیروزینمی، گالاکتوزمی، بیماری های ذخیره گلیکوژن، دیس لیپیدمی، اختلال متابولیسم اسیدهای آلی، اختلال متابولیسم سیکل اوره، اختلال اکسیداسیون اسید های چرب و ... است.

✓ **بیماری های گوارشی و کبدی:** مواردی همچون سلیاک، سندرم روده تحریک پذیر، ریفلاکس، بیماری های التهابی روده، گاستریت، گاستروآنتریت، بیماری های کبدی، بیماری های کیسه صفرا و پانکراس، بیماری های انسدادی دستگاه گوارش و ... است. همچنین شرایط خاصی مانند اسهال، استفراغ، یبوست، ژژونوستومی، PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) و ... نیز در این آیتم بررسی می شود.

✓ **کاندید عمل جراحی ماژور:** منظور از عمل جراحی ماژور، جراحی با انجام بیهوشی عمومی و منظور از عمل جراحی مینور، عمل جراحی بدون بیهوشی و با بیحسی موضعی می باشد. در صورتی که پس از اعمال جراحی ماژور بیمار باید پس از به هوش آمدن مرکز را ترک نماید و نیازی به بستری شدن تا ۴۸ ساعت ندارد، ارجاع به کارشناس تغذیه ضروری نیست. بنابراین موارد نیازمند ارجاع به کارشناس تغذیه در جراحی ماژور عبارت ست از موارد بستری بیشتر از ۴۸ ساعت.

• **نتیجه ارزیابی تغذیه ای:**

در صورتی که در هر یک از گروه های سنی کودکان، پاسخ بله به یکی از سوالات علامت خورده باشد و یا ابتلا به یکی از بیماری ها یا شرایط ذکر شده (سوء تغذیه، سرطان، سوختگی، بیماری های کلیوی، بیماری های غدد و متابولیک و بیماری های گوارشی و کبدی یا کاندید عمل جراحی ماژور نیازمند بستری بالای ۴۸ ساعت) وجود داشته باشد، باید در مقابل سوال «نیاز به انجام مشاوره تغذیه دارد» در مربع "بله" علامت زده و با اطلاع پزشک معالج، درخواست انجام مشاوره و ارزیابی تخصصی کودک پیگیری شود.

۱۲- بخش نیاز های آموزشی خود مراقبتی بیمار:

بر اساس مصاحبه، مشاهده و بررسی مستندات تکمیل می گردد.

✓ تمایل به یادگیری کودک/ والدین/ خانواده/ همراهان کودک

✓ توانایی یادگیری کودک/ والدین/ خانواده/ همراهان کودک

✓ 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، پرو سیج های تشخیصی -

درمانی، روند ترخیص، فعالیت، پیگیری، معرفی سیستم های حمایتی

۱۳- 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 براساس مشکل انتخابی، تشخیص پرستاری مربوط با آن انتخاب شود.

۱۴- 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. اساس طبقه بندی مراقبتی در کودکان همانند بزرگسالان است و تفاوت عمده در سن میباشد؛ به این معنا که برای قرار گرفتن در سطوح مختلف، محدودیت سنی قایل شده اند.

- سطح یک (مراقبت جزئی): کودک بیمار بزرگتر از ۱۴ سال که سن تکاملی او با سن تقویمی تطابق دارد و از نظر بالینی در حالت ثبات است و تمام فعالیت های خود مراقبتی را خودش و تحت نظارت پرسنل پرستاری انجام می دهد.

- سطح دو (مراقبت متوسط): کودک بیمار بزرگتر از ۷ سال که سن تکاملی او با سن تقویمی تطابق دارد و از نظر بالینی در حالت ثبات است و برای انجام فعالیت های خود مراقبتی یا برای سازگاری با بیماری و فرایند بستری شدن نیازمند کمک و حمایت پرسنل پرستاری باشد.

- سطح سه (مراقبت با وابستگی شدید): کودک بیمار در هرسنی که برای برآورده شدن نیازهای جسمی، روانی یا اجتماعی نیازمند حمایت پرسنل پرستاری باشد.

- سطح چهار (مراقبت نیمه ویژه): کودک بیمار در هرسنی که نیازمند تداوم مراقبت های ویژه و تخصصی پرستاری و پزشکی است ولی در خطر مرگ قریب الوقوع قرار ندارد.

- سطح پنج (مراقبت ویژه): کودک بیمار در هرسنی که نیازمند تداوم مراقبت های ویژه و تخصصی پرستاری و پزشکی است و در خطر مرگ قریب الوقوع قرار دارد.

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