

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 FORM

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's Name:	نام پدر:
		Bed:	تخت:				

ساعت ورود به بخش: منبع اطلاعات: بیمار ☐ همراه ☐ (با ذکر نسبت) میزان تحصیلات: دین: بیماران خانم: وضعیت بارداری: بله ☐ خیر ☐ نحوه ورود: با پای خود ☐ صندلی چرخدار ☐ برانکار ☐ سایر ☐ نام ببرید مراجعه از: مطب پزشک ☐ اورژانس ☐ درمانگاه ☐ بیمارستان دیگر ☐ منزل ☐ مراجع قضایی ☐ سایر موارد علائم حیاتی بدو ورود: T: RR: PR: BP: درد: در صورت وجود درد از صفر تا ده نمره درد بیمار چند است؟ محل درد: طول مدت: مداوم ☐ متناوب ☐ تأثیر درد بر روی فعالیت بیمار: دارد ☐ ندارد ☐ روش های تسکین درد: دارویی (ذکر نام دارو): غیردارویی (ذکر روش): لوله و اتصالات بیمار (IV، استومی، لوله تراشه و...) ذکر نام و محل	اطلاعات پایه
--	--------------

سطح هوشیاری: هوشیار ☐ خواب آلوده ☐ گیج ☐ بدون پاسخ ☐ زبان و نوع گویش: نحوه صحبت کردن: واضح ☐ اشکال در تکلم ☐ عدم توانایی در صحبت کردن ☐ با اشاره ☐ وضعیت همکاری: دارد ☐ ندارد ☐ با ذکر دلیل	وضعیت ارتباطی
---	---------------

شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار): سابقه بستری: دارد ☐ ندارد ☐ سابقه جراحی: دارد ☐ ندارد ☐ سابقه بیماری (جسمی / روانی / اختلال مادر زادی): دارد ☐ ندارد ☐ سابقه بیماری در خانواده (جسمی و روانی): دارد ☐ ندارد ☐ سابقه ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی: دارد ☐ ندارد ☐ سابقه واکنش به ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی: دارد ☐ نمی داند ☐ ذکر نوع واکنش: عادات و عوامل خطر: سوء مصرف مواد مخدر ☐ مصرف الکل ☐ مصرف سیگار ☐ مصرف قلیان ☐ سابقه کار با مواد شیمیایی ☐ سابقه کار در معدن ☐ داشتن حیوان خانگی ☐ سایر ☐ نام ببرید: خواب و استراحت: ۱- میزان خواب: طبیعی ☐ کمتر از حد طبیعی (کمتر از ۵ ساعت) ☐ بیشتر از حد طبیعی (بیشتر از ۸ ساعت) ☐ ۲- مشکلات خواب: ندارد ☐ دارد ☐ نام ببرید:	بررسی تاریخچه و سلامت و بیماری
---	--------------------------------

حساسیت دارویی: خیر ☐ بله ☐ نمی داند ☐ نوع دارو: نوع واکنش: حساسیت غذایی: خیر ☐ بله ☐ نمی داند ☐ نوع غذا: نوع واکنش:	حساسیت ها
---	-----------

وزن (Kg): قد (Cm): نمایه توده بدنی بزرگسال (BMI): آیا بیمار نیاز به مشاوره تغذیه دارد؟ بله ☐ خیر ☐ سایر توضیحات:	ارزیابی وضعیت تغذیه ای
--	------------------------

امتیاز احتمال خطر سقوط بر اساس مقیاس مورس: ☐ دارد ☐ ندارد احتمال خطر سقوط:	ارزیابی احتمال خطر سقوط
--	-------------------------

در صورت وجود زخم فشاری موقعیت آناتومیک آن قید شود. امتیاز احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری بر اساس مقیاس برادن: ☐ دارد ☐ ندارد احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری:	ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری
--	---------------------------------------

فرم ارزیابی اولیه پرستاری
INITIAL NURSING ASSESSMENT FORM

نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	ارزیابی سابقه دارویی
۱ - محدودیت ها: شنوایی: خیر ☐ بله ☐ در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا: بینایی: خیر ☐ بله ☐ در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و چشم مبتلا: نقص و قطع عضو: بله ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ بله ذکر نوع نقص و اندام مربوطه: (نام ببرید) ۲- وسایل کمکی و پروتز ها: ندارد ☐ دارد ☐ بر اساس موارد زیر مشخص نمایید. عصا ☐ واکر ☐ ویلچر ☐ چوب زیر بغل ☐ پروتز اندام ☐ دندان مصنوعی ☐ پروتز چشمی ☐ سمعک ☐ عینک ☐ سایر ☐ با ذکر نام ۳- توانایی خواندن و نوشتن: بله ☐ خیر ☐ ۴- توانایی استفاده از زنگ احضار پرستار: بله ☐ خیر ☐ ۵- انجام فعالیت روزانه زندگی: غذا خوردن: مستقل ☐ وابسته (نیازمند کمک) ☐ لباس پوشیدن: مستقل ☐ وابسته (نیازمند کمک) ☐ استحمام: مستقل ☐ وابسته (نیازمند کمک) ☐ دستشویی رفتن: مستقل ☐ وابسته (نیازمند کمک) ☐ تحرک و جابجایی: مستقل ☐ وابسته (نیازمند کمک) ☐						محدودیت ها و توانایی ها
ارزش های مذهبی و فرهنگی بیمار/خانواده که بر روی روند درمان یا آموزش تاثیر گذار باشد: بله ☐ خیر ☐ غیر قابل ارزیابی ☐ در صورت جواب بله توضیح دهید.						ارزش های مذهبی و فرهنگی
آیا بیمار تمایل به یادگیری دارد؟ بله ☐ خیر ☐ آیا بیمار توانایی یادگیری دارد؟ بله ☐ خیر ☐ در صورت جواب خیر نزدیک ترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش: موانع یادگیری: بله ☐ خیر ☐ نام ببرید: ذکر نیازهای آموزشی بیمار در بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده:						نیازهای آموزشی و خود مراقبتی
۱. عصبی: سرگیجه ☐ عدم تعادل ☐ سردرد ☐ تشنج ☐ کرختی و بیخسی ☐ مردمک ها: قرینه ☐ غیر قرینه ☐ سایر توضیحات: ۲. قلبی و عروقی: سیانوز ☐ واریس ☐ ادم ☐ نبض: ریتم: منظم ☐ نامنظم ☐ سرعت: نرمال ☐ تند ☐ کند ☐ شدت: ۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐ ۴ ☐ سایر توضیحات: ۳. تنفسی: بدون مشکل ☐ عمیق ☐ سریع ☐ سطحی ☐ سرفه ☐ خلط ☐ دیس پنه در زمان استراحت ☐ ارتوپنه ☐ آپنه ☐ سیانوز ☐ هموپتری ☐ کلاپینگ ☐ اکسیژن تراپی ☐ سایر توضیحات: ۴. گوارشی: شکایت از: تهوع ☐ استفراغ ☐ اختلال بلع ☐ اسهال ☐ یبوست ☐ نفخ ☐ خون در مدفوع ☐ رژیم غذایی خاص: خیر ☐ بله ☐ نام ببرید: ۵. ادراری تناسلی: بدون مشکل ☐ پلی اوری ☐ اولیگوری ☐ سوزش ادرار ☐ تکرر ادرار ☐ هماجوری ☐ عفونت ☐ دیالیز ☐ سایر موارد ☐ نام ببرید: ۶. پوست: بدون مشکل ☐ رنگ پوست: سیانوز ☐ رنگ پریده ☐ زرد ☐ برافروخته ☐ درجه حرارت پوست: گرم ☐ سرد ☐ تعریق ☐ تورگور پوست: طبیعی ☐ ضایعات پوستی: ندارد ☐ دارد ☐ زخم ☐ ترشحات ☐ تاول ☐ خشکی ☐ پوسته پوسته ☐ لکه ☐ پتشی ☐ پورپورا ☐ سایر توضیحات: ۷. اسکلتی عضلانی: بدون مشکل ☐ گزگز ☐ فلج ☐ اسکلیوز ☐ سایر توضیحات: ۸. روحی و روانی: وضعیت رفتاری: آرام ☐ مضطرب ☐ پرخاشگر ☐ سایر: سابقه اقدام به خودکشی: دارد ☐ ندارد ☐ سابقه آسیب به خود و دیگران: دارد ☐ ندارد ☐ ۹. سایر سیستم ها: وجود مشکل: بله ☐ خیر ☐ ذکر سیستم و مشکل: ۱۰- تشخیص پرستاری بررسی سیستم ها: ۱- ... ۲- ... ۳- ...						ارزیابی سیستم ها
سطح ۱ ☐ سطح ۲ ☐ سطح ۳ ☐ سطح ۴ ☐ سطح ۵ ☐						سطح مراقبتی
نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار						تاریخ: ساعت پایان ارزیابی: