

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

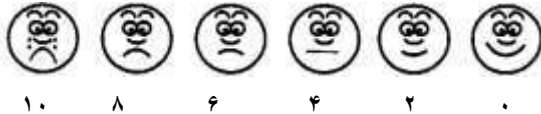
مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

فرم ارزیابی اولیه پرستاری کودک

شماره پرونده: Unit No:

INITIAL PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT FORM

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's Name:	نام پدر:
		Bed:	تخت:				

ساعت ورود به بخش: منبع اطلاعات: کودک ☐ والدین ☐ سایر ☐ نام ببرید: نحوه ورود: با پای خود ☐ صندلی چرخدار ☐ برانکار ☐ درآغوش ☐ انکوباتور ☐ سایر ☐ نام ببرید: مراجعه از: مطب پزشک ☐ اورژانس ☐ درمانگاه ☐ بیمارستان دیگر ☐ منزل ☐ مراجع قضایی ☐ سایر موارد: علائم حیاتی بدو ورود: BP: PR: RR: T: درد:  چهره کودک منطبق بر کدام شکل های زیر است؟ در صورت وجود درد از صفر تا ده نمره درد بیمار چند است؟ محل درد: طول مدت: مداوم ☐ متناوب ☐ غیرقابل ارزیابی ☐ تاثیر 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 ☐ *آگاهی به زمان، مکان و شخص: دارد ☐ ندارد ☐ غیرقابل ارزیابی ☐ زبان و نوع گویش: عدم رسیدن به سن تکلم ☐ نیاز به مترجم دارد: بله ☐ خیر ☐ نحوه صحبت کردن در صورت رسیدن به سن تکلم: 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 / والدین): سابقه بستری: ندارد ☐ دارد ☐ تاریخ آخرین بستری: سابقه جراحی: ندارد ☐ دارد ☐ ذکر نوع عمل جراحی: سابقه بیماری در خانواده: ندارد ☐ دارد ☐ نام بیماری: سابقه انجام واکسیناسیون در کودکان زیر ۵ سال (کپی کارت واکسن ضمیمه شود): کامل ☐ ناکامل ☐ سابقه سوء مصرف دارو و مواد مخدر: ندارد ☐ دارد ☐ ذکر نوع دارو و یا مواد مخدر: سابقه ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی: ندارد ☐ دارد ☐ سابقه واکنش به ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی: ندارد ☐ دارد ☐ نمی داند ☐ نوع واکنش: خواب و استراحت: ۱- میزان خواب در ۲۴ ساعت: ۲- مشکلات خواب: ندارد ☐ دارد ☐ نام ببرید:	بررسی تاریخچه سلامت و بیماری
--	------------------------------

حساسیت دارویی: خیر ☐ بله ☐ نوع دارو: نوع واکنش: حساسیت غذایی: خیر ☐ بله ☐ نوع غذا: نوع واکنش: حساسیت شیر خشک: خیر ☐ بله ☐ نوع شیر خشک: نوع واکنش: حساسیت به سایر موارد را نام ببرید:	حساسیت ها
--	-----------

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

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

نشانه های کودک آزاری: ندارد ☐ دارد ☐ (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 و ... ذکر شود)	نشانه های کودک آزاری
--	----------------------

ارزش های مذهبی و فرهنگی والدین / همراه بیمار که بر روی روند درمان یا آموزش تاثیر گذار باشد: بله ☐ خیر ☐ غیرقابل ارزیابی ☐ در صورت جواب بله توضیح دهید.	ارزش های مذهبی فرهنگی
---	-----------------------

فرم ارزیابی اولیه پرستاری کودک

INITIAL PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT FORM

نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	ارزیابی
						سابقه دارویی
۱- <u>محدودیت ها</u> (موارد زیر بر اساس سن بیمار ارزیابی می گردد): <u>شنوایی:</u> غیر قابل ارزیابی ☐ خیر ☐ بله در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا <u>بینایی:</u> غیر قابل ارزیابی ☐ خیر ☐ بله در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و چشم مبتلا <u>نقص و قطع عضو:</u> ☐ خیر ☐ بله در صورت پاسخ بله ذکر نوع نقص و اندام مربوطه (نام ببرید) ۲- <u>وسایل کمکی و پروتز ها:</u> ندارد ☐ دارد ☐ بر اساس موارد زیر مشخص نمایید. عصا ☐ واکر ☐ ویلچر ☐ چوب زیربغل ☐ پروتز اندام ☐ پروتز چشمی ☐ سمعک ☐ عینک ☐ سایر ☐ با ذکر نام ۳- <u>توانایی خواندن و نوشتن:</u> ☐ خیر ☐ بله ۴- <u>توانایی به صدا درآوردن زنگ احضار پرستار:</u> ☐ خیر ☐ بله ۵- <u>انجام فعالیت روزانه زندگی:</u> غذا خوردن: ☐ مستقل ☐ وابسته (به دلیل سن تقویمی) ☐ وابسته (به دلیل ناتوانی) ☐ لباس پوشیدن: ☐ مستقل ☐ وابسته (به دلیل سن تقویمی) ☐ وابسته (به دلیل ناتوانی) ☐ حمام کردن: ☐ مستقل ☐ وابسته (به دلیل سن تقویمی) ☐ وابسته (به دلیل ناتوانی) ☐ دستشویی رفتن: ☐ مستقل ☐ وابسته (به دلیل سن تقویمی) ☐ وابسته (به دلیل ناتوانی) ☐ تحرک و جابجایی: ☐ مستقل ☐ وابسته (به دلیل سن تقویمی) ☐ وابسته (به دلیل ناتوانی) ☐						محدودیت ها و توانایی ها
<u>وزن (Kg):</u> <u>قد (Cm):</u> - آیا کودک طی ۳ ماه اخیر کاهش وزن یا عدم افزایش وزن داشته است؟ ☐ خیر ☐ بله - آیا کودک دچار بی اشتها یا کاهش مصرف غذا می باشد؟ ☐ خیر ☐ بله - کودک کدامیک از شرایط یا بیماری های زیر را دارد: سوء تغذیه ☐ سرطان ☐ سوختگی ☐ بیماری های کلیوی ☐ بیماری های غدد و متابولیک ☐ بیماری های گوارشی و کبدی ☐ کاندید عمل جراحی مازور ☐ هیچکدام ☐ - آیا کودک نیاز به مشاوره تغذیه دارد؟ ☐ خیر ☐ بله						ارزیابی وضعیت تغذیه ای
<u>آیا والدین / همراه بیمار تمایل به یادگیری دارد؟</u> ☐ خیر ☐ بله <u>آیا والدین / همراه بیمار توانایی یادگیری دارد؟</u> ☐ خیر ☐ بله در صورت جواب خیر نزدیکترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش: <u>موانع یادگیری وجود دارد:</u> ☐ خیر ☐ بله (در صورت بله موارد مشخص شود): <u>ذکر نیازهای آموزشی بیمار و خانواده در بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده:</u>						نیازهای آموزشی خود مراقبتی بیمار
۱. <u>عصبی:</u> سرگیجه ☐ عدم تعادل ☐ سردرد ☐ تشنج ☐ کرختی و بیحسی ☐ <u>مردمک ها:</u> قرینه ☐ غیر قرینه ☐ سایر توضیحات: ۲. <u>قلبی و عروقی:</u> سیانوز ☐ واریس ☐ ادم ☐ نبض: ریتم: منظم ☐ نامنظم ☐ سرعت: نرمال ☐ تند ☐ کند ☐ شدت: ۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐ ۴ ☐ سایر توضیحات: ۳. <u>تنفسی:</u> بدون مشکل ☐ عمیق ☐ سریع ☐ سطحی ☐ سرفه ☐ خلط ☐ دیس پنه در زمان استراحت ☐ ارتوپنه ☐ آپنه ☐ سیانوز ☐ هموپتزی ☐ کلاپینگ ☐ اکسیژن تراپی ☐ سایر توضیحات: ۴. <u>گوارشی:</u> شکایت از: تهوع ☐ استفراغ ☐ اختلال بلع ☐ اسهال ☐ یبوست ☐ نفخ ☐ خون در مدفوع ☐ رژیم غذایی خاص: ☐ خیر ☐ بله نام ببرید: سایر توضیحات: ۵. <u>ادراری تناسلی:</u> بدون مشکل ☐ پلی اوری ☐ اولیگوری ☐ سوزش ادرار ☐ تکرر ادرار ☐ هماجوری ☐ عفونت ☐ دیالیز ☐ سایر موارد ☐ نام ببرید: ۶. <u>پوست:</u> 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. <u>اسکلتی عضلانی:</u> بدون مشکل ☐ گزگز ☐ فلج ☐ اسکلیوز ☐ سایر توضیحات: ۸. <u>روحي و روانی:</u> وضعیت رفتاری: آرام ☐ مضطرب ☐ پرخاشگر ☐ سایر: سابقه آسیب به خود و دیگران: دارد ☐ ندارد ☐ مشاهده رفتارهای خاص (گریه بیش از حد، جویدن ناخن، بی اختیاری و...): ☐ خیر ☐ بله ۹. <u>سایر سیستم ها:</u> وجود مشکل: ☐ خیر ☐ بله ذکر سیستم و مشکل: ۱۰- تشخیص پرستاری بررسی سیستم ها:						ارزیابی سیستم ها
۱- ... ۲- ... ۳- ...						
سطح ۱ ☐ سطح ۲ ☐ سطح ۳ ☐ سطح ۴ ☐ سطح ۵ ☐						سطح مراقبتی
نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار						تاریخ: ساعت پایان ارزیابی: