



سند کسب و کار
ارزیابی اولیه پرستاری بخش اعصاب و روان
بزرگسال / کودک

معاونت درمان
مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
گروه آمار و فناوری اطلاعات سلامت



کد سند کشوری:
IR.MOHIM0501.DNe3-4V1



راهنمای پیاده سازی

فرم ارزیابی اولیه پرستاری بخش اعصاب و روان

زیر نظر:
دکتر سید سجاد رضوی
دکتر عباس عبادی

تدوین و تنظیم:

دکتر علیرضا عسکری - دکتر خورشید وسکویی - دکتر علی مشکینی - دکتر فاطمه صادقی پور کرمانی - دکتر اکرم واحدی - دکتر رضا گل پیرا - دکتر مریم رسولی - دکتر پوریا نسیمی - دکتر فاطمه بهتاج - فاطمه زارعی - پرستو آریاملو - سمیه هداوند میرزایی - زینب کاظم زاده - مهندس عبدالله کیانی - دکتر ژاله شوشتریان - دکتر فرید فرجی - دکتر مسعود موحدی - دکتر سپهر منانت

همکاران

دکتر زهره کوهی - دکتر خدیجه حیدری زاده - زهرا سعیدی - دکتر سید سینا مرعشی - وجیهه سادات آذر نیاکان - دکتر مریم ورزش نژاد

بهار ۱۴۰۵

شماره صفحه

فهرست مطالب

۲	مقدمه
۴	بخش ۱: ساز و کار بیمارستانی
۴	ارزیابی اولیه پرستاری بیمار اعصاب و روان چیست؟
۵	ارزیابی اولیه بیمار روان شامل چه قسمت‌هایی است؟
۶	سناریو کاربران ارزیابی اولیه پرستاری بیمار اعصاب و روان
۷	بخش ۲: اطلاعات فرم‌ها
۷	گروه‌های اطلاعات
۸	جدول اطلاعات
۱۸	نکات جدول
۲۹	بخش ۳: راهنمای رابط کاربری
۳۱	بخش ۴: سیستم‌های کدگذاری و ترمینولوژی

مقدمه

هنگامی که یک بیمار مبتلا به اختلالات اعصاب و روان بستری می‌شود، پرستار بخش مذکور اطلاعات نسبتاً کلی و جامعی درباره اطلاعات دموگرافیک بیمار، علائم حیاتی، وضعیت درد و سایر شکایات بیمار، وضعیت ارتباطی بیمار، تاریخچه حساسیت‌ها و بیماری‌ها، سابقه دارویی، محدودیت‌ها و معلولیت‌ها و... از بیمار یا همراه وی دریافت و در فرمی به اسم فرم ارزیابی اولیه بیمار روان ثبت می‌نماید. این اطلاعات، دیدگاه مفیدی جهت ترسیم روند درمانی بیمار به کادر درمان داده و در تشخیص و درمان بیماری بسیار حائز اهمیت هستند. همچنین داروها و رژیم غذایی و سایر مواردی که خاص بیمار هست با توجه به این فرم رعایت شده و علاوه بر بهبود روند درمانی، رضایت خاطر بیشتری نیز برای بیمار به همراه خواهد داشت.

رابط کاربری طراحی شده برای «ارزیابی اولیه پرستاری بخش اعصاب و روان» باید به گونه‌ای ایجاد شوند که پرستاران بتوانند به راحتی فرم را تکمیل و جهت تصمیم‌گیری و پیگیری وضعیت بیماران مورد استفاده قرار دهند. اعمال قواعد کاری و طراحی رابط گرافیکی انعطاف‌پذیر و کارآمد می‌تواند نقش به سزایی در بهبود انجام فرایندهای اداری و درمانی این بیماران و کاهش نارضایتی آن‌ها داشته باشد.

در سند حاضر سعی گردیده ضمن بیان جریان کاری و سناریوی کاربری فرم الکترونیک «ارزیابی اولیه پرستاری بخش اعصاب و روان»، قواعد کاری، انواع داده‌ها و اعتبارسنجی آن‌ها تشریح گردد. لازم به ذکر است این سند صرفاً به تشریح شیوه کارکرد برنامه «ارزیابی اولیه پرستاری» در بخش اعصاب و روان می‌پردازد.

این سند شامل **۴ بخش** است:

- **سازوکار بیمارستانی فرم ارزیابی اولیه پرستاری بیمار اعصاب و روان:** در این بخش سازوکار بیمارستانی ارزیابی اولیه بیمار روان توضیح داده می‌شود.
 - **اطلاعات فرم ارزیابی اولیه پرستاری بیمار اعصاب و روان:** در این بخش اطلاعات موجود در پرونده، عنوان و مقادیر آن‌ها، اجباری یا اختیاری بودن آن‌ها، محدودیت ورود اطلاعات و ارتباط با سپاس و سایر فرم‌های موجود در HIS توضیح داده خواهد شد.
 - **راهنمای رابط کاربری:** در طراحی رابط کاربری فرم ارزیابی اولیه بیمار روان، لازم است مواردی رعایت شود که در این بخش توضیح داده می‌شود.
 - **جدول کدینگ ارتباطی با سپاس:** عنوان مقادیر به همراه کد مربوطه در جدول راهنمای داده پذیرش برخط سپاس در این قسمت آورده شده است.
- ❖ فرم‌های کاغذی «ارزیابی اولیه پرستاری بخش اعصاب و روان» بازنگری و با کدهای کشوری استاندارد ذیل، و به همراه راهنمای تکمیل فرم و جداول کدینگ ارتباطی با سپاس پیوست شده است.

IR.MOHIM0501.Ne3V1

IR.MOHIM0501.Ne4V1

- ❖ **در نهایت لازم است در این فرم‌ها، با توجه به ضرورت تسریع در فرایند بالینی، صرفا اطلاعات مطرح‌شده در این سند از کاربر درخواست شود و به هیچ وجه اطلاعات اضافی دیگری در این فرم گنجانده نشود.**

بخش ۱: سازوکار بیمارستانی

در این بخش، سازوکار بیمارستانی ارزیابی اولیه بیمار روان، فارغ از بحث نرم افزار و با دید روند بالینی و مدیریتی بیمارستان توضیح داده می شود.

ارزیابی اولیه پرستاری بیمار اعصاب و روان چیست؟

یکی از کارهایی که پرستاران در ابتدای بستری بیمار انجام می دهند، انجام فرایندی به نام ارزیابی اولیه بیمار است. در این فرایند پرستار اطلاعات نسبتاً جامعی از وضعیت حال حاضر و گذشته بیمار کسب و در فرمی وارد می کند. این ارزیابی اولیه در روند درمانی و همچنین اقداماتی که برای وی در بخش انجام می شود، بسیار حائز اهمیت بوده و بایستی به دقت این کار انجام شود. چنانچه این ارزیابی برای بیمار مبتلا به اختلالات اعصاب و روان باشد، این اطلاعات در فرمی به نام ارزیابی اولیه بیمار روان ثبت می گردد که در برخی موارد با فرم ارزیابی اولیه پرستاری متفاوت بوده و شامل اطلاعات اختصاصی تری از وضعیت بیمار می باشد.

ارزیابی اولیه بیمار روان شامل چه قسمت‌هایی است؟

فرم ارزیابی اولیه بیمار روان برای بیماران کودک (افراد زیر ۱۷ سال) و بزرگسال (افراد ۱۷ سال به بالا) کمی متفاوت است. به همین خاطر، بایستی برای هر بیمار، فرم متناسب با سن وی تکمیل گردد.

علی‌رغم تفاوت‌های جزئی، به طور کلی این دو فرم از قسمت‌های زیر تشکیل شده‌اند:

- **اطلاعات پایه:** شامل اطلاعات دموگرافیک بیمار، نحوه ورود بیمار، علائم حیاتی و وضعیت درد می‌باشد.
- **وضعیت ارتباطی:** شامل اطلاعات سطح هوشیاری و آگاهی، نحوه صحبت‌کردن و گویش و نحوه همکاری بیمار است.
- **وضعیت عمومی:** شامل اطلاعاتی از ظاهر کلی بیمار و وجود ضایعات پوستی و ... است.
- **وضعیت خلقی و ادراکی:** شامل اطلاعاتی از خلق، عاطفه، وجود هذیان و توهم در بیمار است.
- **وضعیت آگاهی:** شامل اطلاعاتی از نحوه آگاهی بیمار از محیط پیرامون و وضعیت حافظه و بینش وی است.
- **ارزیابی خطر آسیب به خود و دیگران:** در این قسمت احتمال آسیب زدن بیمار به خود یا دیگران و سوابق خودکشی بررسی می‌گردد.
- **تاریخچه سلامت و بیماری:** شامل شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه، سابقه بیماری و جراحی قبلی، سابقه عادات و عوامل خطر و کیفیت خواب می‌باشد.
- **حساسیت‌ها:** حاوی اطلاعات مربوط به سابقه حساسیت به دارو یا غذا و سایر مواد است.
- **ارزیابی سیستم‌ها:** شامل اطلاعات مختصری از وضعیت سیستم‌های بدن بیمار از قبیل عصبی، قلبی، تنفسی، گوارشی و غیره است.
- **سابقه دارویی:** شامل اطلاعات سابقه مصرف دارو در بیمار می‌باشد.
- **محدودیت‌ها و توانایی‌ها:** محدودیت‌های حسی حرکتی بیمار و همچنین توانایی در احضار پرستار، توانایی انجام کارهای شخصی و ... در این قسمت مشخص می‌شود.
- **ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای:** شامل اطلاعات وزن و قد و نیاز به مشاوره تغذیه می‌باشد.
- **ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری:** چنانچه بیمار از قبل دچار زخم فشاری شده باشد، یا اینکه خطر بروز زخم فشاری در بستری فعلی وجود داشته باشد در این قسمت تعیین می‌گردد.
- **ارزیابی احتمال خطر سقوط:** چنانچه احتمال خطر سقوط بیمار از تخت با توجه به شرایط وی وجود داشته باشد، در این قسمت مشخص شده و تدابیر لازم براساس آن اندیشیده می‌شود.
- **نشانه‌های کودک‌آزاری:** چنانچه نشانه‌های کودک‌آزاری در کودک وجود داشته باشد در این قسمت مشخص می‌گردد.
- **ارزش‌های مذهبی و فرهنگی:** برخی خانواده‌ها ارزش‌های مذهبی و فرهنگی خاصی دارند که در روند درمانی تاثیرگذار است و بایستی مشخص گردند.

- نیازهای آموزشی و خودمراقبتی: توانایی بیمار و خانواده در یادگیری موارد خودمراقبتی و نیز خود این موارد در این قسمت مشخص می‌شوند.
- تعیین سطح مراقبتی: بر اساس اطلاعات وارد شده و طبق راهنما، سطح مراقبتی از ۱ تا ۵ مشخص می‌گردد.

سناریو کاربران ارزیابی اولیه پرستاری بیمار اعصاب و روان

سامانه ها و فرم‌هایی که بابت این موضوع تهیه می‌شوند باید به پرستاران این قابلیت را بدهند که در کمترین زمان فرم ارزیابی اولیه بیمار روان را تکمیل نمایند و کار با آن‌ها راحت باشد. نباید رابط‌های کاربری مربوط به ارزیابی اولیه پرستاری بیمار اعصاب و روان، باعث حواس پرتی کادر درمان شود. در هنگام طراحی فرم ارزیابی اولیه بیمار روان باید همیشه به این نکته توجه داشت که کاربران این فرم در شرایط سخت کاری قرار دارند. بنابراین بایستی با یک رابط کاربری خوب و طراحی هوشمندانه، باعث افزایش سرعت و دقت در ثبت گزارش شده و درصد خطا را کاهش داده و در جهت ارتقای سطح کیفی خدمات کوشش صورت گیرد.

بخش ۲: اطلاعات فرم‌ها

در این بخش اطلاعات موجود در پرونده، عنوان و مقادیر آن‌ها، اجباری یا اختیاری بودن آن‌ها، محدودیت ورود اطلاعات، ارتباط با سپاس و سایر فرم‌های موجود در HIS توضیح داده خواهد شد.

گروه‌های اطلاعات

اطلاعات مورد نیاز هنگام کامل کردن فرم تریاژ با توجه به نوع اطلاعات و الگوریتم تعیین سطح تریاژ به گروه‌های زیر دسته‌بندی می‌شوند:

۱. گروه اطلاعات پرونده
۲. گروه اطلاعات پایه
۳. گروه اطلاعات علائم حیاتی
۴. گروه اطلاعات وضعیت ارتباطی
۵. گروه اطلاعات وضعیت عمومی
۶. گروه اطلاعات وضعیت خلقی / ادراکی
۷. گروه اطلاعات وضعیت آگاهی
۸. گروه اطلاعات ارزیابی خطر آسیب به خود و دیگران
۹. گروه اطلاعات تاریخچه سلامت و بیماری
۱۰. گروه اطلاعات ارزیابی سیستم‌ها

۱۱. گروه اطلاعات حساسیت‌ها
۱۲. گروه اطلاعات سابقه دارویی
۱۳. گروه اطلاعات محدودیت‌ها و توانایی‌ها
۱۴. گروه اطلاعات ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای
۱۵. گروه اطلاعات ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری
۱۶. گروه اطلاعات ارزیابی احتمال خطر سقوط
۱۷. گروه اطلاعات نشانه‌های کودک‌آزاری
۱۸. گروه اطلاعات ارزش‌های مذهبی و فرهنگی
۱۹. گروه اطلاعات نیازهای آموزشی و خودمراقبتی
۲۰. گروه اطلاعات تعیین سطح مراقبتی

در جدول اطلاعات، این گروه‌بندی مدنظر قرار گرفته است. این گروه‌بندی باعث طبقه‌بندی اطلاعات می‌شود و ورود اطلاعات را برای کاربر راحت‌تر می‌کند. همچنین عناوین مرتبط با هم در کنار یکدیگر قرار می‌گیرند.

جدول اطلاعات

گروه اطلاعات پرونده			
عنوان فارسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
شماره پرونده	بله		از اطلاعات پذیرش کامل می‌شود
نام	بله		از اطلاعات پذیرش کامل می‌شود
نام خانوادگی	بله		از اطلاعات پذیرش کامل می‌شود
نام پدر	بله		از اطلاعات پذیرش کامل می‌شود
تاریخ تولد	بله		از اطلاعات پذیرش کامل می‌شود
بخش	بله		از اطلاعات پذیرش کامل می‌شود
اتاق	بله		از اطلاعات پذیرش کامل می‌شود
تخت	بله		از اطلاعات پذیرش کامل می‌شود
تاریخ پذیرش	بله		از اطلاعات پذیرش کامل می‌شود
پزشک معالج	بله		از اطلاعات پذیرش کامل می‌شود

گروه اطلاعات پایه			
عنوان فارسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
ساعت ورود به بخش	بله		با فرمت ۰۰:۰۰
ساعت شروع ارزیابی	بله		به طور خودکار ساعت بازکردن فرم به عنوان ساعت شروع ارزیابی محاسبه و درج می گردد.
منبع اطلاعات	بله	بزرگسال: بیمار/خانواده/سایر کودک: کودک/والدین/سایر	در قسمت نکات جدول
سرپرست کودک	بله	والدین/بستگان/مراجع قانونی/سایر	فقط در فرم کودک وجود دارد. در صورت انتخاب «سایر»، یک ورودی متنی جهت نوشتن توضیح نمایش داده شود.
میزان تحصیلات	بله	thritaEHR.educationLevel	انتخاب از بین گزینه های موجود؛ ملاحظات در قسمت نکات جدول
دین	بله	thritaEHR.Religion	انتخاب از بین گزینه های موجود؛ ملاحظات در قسمت نکات جدول
وضعیت تاهل	بله	thritaEHR.maritalStatus	انتخاب از بین گزینه های موجود؛ ملاحظات در قسمت نکات جدول
وضعیت بارداری	بله	بله/خیر	انتخاب از بین دو گزینه برای بیماران بزرگسال خانم؛ ملاحظات در قسمت نکات جدول
وضعیت شیردهی	بله	بله/خیر	انتخاب از بین دو گزینه برای بیماران بزرگسال خانم؛ ملاحظات در قسمت نکات جدول
نحوه ورود	بله	بزرگسال: با پای خود/صندلی چرخدار/برانکارد/سایر کودک: با پای خود/صندلی چرخدار/برانکارد/درآغوش/سایر	ملاحظات در قسمت نکات جدول
مراجعه از	بله	مطب پزشک / اورژانس / درمانگاه / بیمارستان دیگر / منزل / مراجع قضایی / سایر	در صورت انتخاب «سایر»، یک ورودی متنی جهت نوشتن توضیح نمایش داده شود.
نام و شماره تماس فردی که در مواقع ضروری بتوان با او تماس گرفت	بله	نام، نسبت، شماره تماس	فقط در فرم بزرگسال وجود دارد. به صورت دو ورودی جداگانه و امکان ورود متن دلخواه
لوله و اتصالات بیمار (نام و محل)	بله	IV، استومی و ...	در قسمت نکات جدول - انتخاب از بین گزینه های موجود؛ امکان ورود بیش از یک مورد
گروه اطلاعات علائم حیاتی			
عنوان فارسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
درجه حرارت	بله		بر اساس موارد گفته شده در قسمت نکات جدول
نبض	بله		بر اساس موارد گفته شده در قسمت نکات جدول
تنفس	بله		بر اساس موارد گفته شده در قسمت نکات جدول
فشارخون	بله		بر اساس موارد گفته شده در قسمت نکات جدول
درد	بله		بر اساس موارد گفته شده در قسمت نکات جدول

مشاهدات و ملاحظات	خیر	به صورت متنی
گروه اطلاعات وضعیت ارتباطی		
عنوان فارسی	اجباری	مقادیر
سطح هوشیاری	بله	انتخاب یک گزینه در صورت انتخاب «سایر»، یک ورودی متنی جهت نوشتن توضیح نمایش داده شود.
وضعیت همکاری	بله	دارد/ندارد
ارتباط چشمی	بله	دارد/ندارد
آیا به سن تکلم رسیده است؟	بله	بله/خیر
زبان و نوع گویش	بله	به صورت متنی
نیاز به مترجم دارد	بله	بله/خیر
تن صدا	بله	طبیعی / بلند / آهسته
سرعت تکلم	بله	طبیعی / زیاد / کم / با تاخیر / فشار تکلم
میزان تکلم	بله	در صورت انتخاب «سایر»، یک ورودی متنی جهت نوشتن توضیح نمایش داده شود.
اختلال تکلم	بله	طبیعی / پر حرف / کم حرف / فقر کلام / خاموشی / سایر
	بله	لکنت زبان / دیسفونی / سایر
گروه اطلاعات وضعیت عمومی		
عنوان فارسی	اجباری	مقادیر
ظاهر کلی	بله	فقط در فرم بزرگسال؛ در صورت انتخاب «سایر»، یک ورودی متنی جهت نوشتن توضیح نمایش داده شود.
موقعیت آناتومیک زخم و کبودی، اسکار، خالکوبی (در صورت وجود)	بله	به صورت متنی
سایر مشکلات پوست (مثل شپش، گال و ...)	بله	در صورت انتخاب «بله»، یک قسمت با عنوان «نام ببرید»، نمایش داده شده و یک ورودی متنی جهت ورود متن دلخواه وجود داشته باشد.
وضعیت روانی و حرکتی	بله	در صورت انتخاب «سایر»، یک ورودی متنی جهت نوشتن توضیح نمایش داده شود.
گروه اطلاعات وضعیت خلقی / ادراکی		
عنوان فارسی	اجباری	مقادیر
خلق	بله	در صورت انتخاب «سایر»، یک قسمت با عنوان «توضیح دهید»، نمایش داده شده و یک ورودی متنی جهت ورود متن دلخواه روبه‌روی آن قرار داده
	بله	بزرگسال؛ طبیعی/افسرده/تحریک‌پذیر/پرخاش گر/سرخوشی (خلق بالا)/نوسان

شود. کودک: در فرم کودک آیتم غیرقابل ارزیابی وجود دارد و در صورت انتخاب این گزینه، یک ورودی متنی جهت ذکر دلیل، روبه‌روی آن قرار داده شود.	خلق/سایر کودک: طبیعی/افسرده/تحریک‌پذیر/پرخاش گر/سرخوشی (خلق بالا)/نوسان خلق/غیر قابل ارزیابی/سایر		
در صورت انتخاب «سایر»، یک قسمت با عنوان «توضیح دهید»، نمایش داده شده و یک ورودی متنی جهت ورود متن دلخواه روبه‌روی آن قرار داده شود. کودک: در فرم کودک آیتم غیرقابل ارزیابی وجود دارد و در صورت انتخاب این گزینه، یک ورودی متنی جهت ذکر دلیل، روبه‌روی آن قرار داده شود.	بزرگسال: متناسب/نامتناسب/کند/محدود/سط حی/بی‌ثبات/بی‌تفاوت/سایر کودک: متناسب/نامتناسب/کند/محدود/سط حی/بی‌ثبات/بی‌تفاوت/غیر قابل ارزیابی/سایر	بله	عاطفه
در صورت انتخاب «دارد»، یک قسمت با عنوان «نوع آن»، نمایش داده شده و یک ورودی متنی جهت ورود متن دلخواه روبه‌روی آن قرار داده شود. کودک: در فرم کودک آیتم غیرقابل ارزیابی وجود دارد و در صورت انتخاب این گزینه، یک ورودی متنی جهت ذکر دلیل، روبه‌روی آن قرار داده شود.	بزرگسال: ندارد/دارد کودک: ندارد/دارد/غیرقابل ارزیابی	بله	هذیان
کودک: در فرم کودک آیتم غیرقابل ارزیابی وجود دارد و در صورت انتخاب این گزینه، یک ورودی متنی جهت ذکر دلیل، روبه‌روی آن قرار داده شود.	بزرگسال: ندارد/دارد کودک: ندارد/دارد/غیرقابل ارزیابی	بله	ایلوژن
در صورت انتخاب گزینه «دارد»، یک قسمت با عنوان «نوع آن»، نمایش داده شده و یک ورودی متنی جهت ورود متن دلخواه روبه‌روی آن قرار داده شود. کودک: در فرم کودک آیتم غیرقابل ارزیابی وجود دارد و در صورت انتخاب این گزینه، یک ورودی متنی جهت ذکر دلیل، روبه‌روی آن قرار داده شود.	بزرگسال: ندارد/دارد کودک: ندارد/دارد/غیرقابل ارزیابی	بله	توهم
در صورت انتخاب «سایر»، یک قسمت با عنوان «توضیح دهید»، نمایش داده شده و یک ورودی متنی جهت ورود متن دلخواه روبه‌روی آن قرار داده شود. کودک: در فرم کودک آیتم غیرقابل ارزیابی وجود دارد و در صورت انتخاب این گزینه، یک ورودی متنی جهت ذکر دلیل، روبه‌روی آن قرار داده شود.	بزرگسال: شنوایی/بینایی/بویایی/سایر کودک : شنوایی/بینایی/بویایی/غیر قابل ارزیابی/سایر	بله	نوع توهم

گروه اطلاعات وضعیت آگاهی

عنوان فارسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
اختلال موقعیت‌سنجی	بله	بزرگسال: ندارد/دارد کودک : غیرقابل ارزیابی/ ندارد/ دارد	در صورت انتخاب گزینه "دارد"، اختلال در "مکان، زمان و افراد"، تعیین گردد. امکان انتخاب بیش از یک گزینه وجود داشته باشد.
تمرکز	بله	بزرگسال: ندارد/دارد کودک : غیرقابل ارزیابی/ ندارد/ دارد	انتخاب یک گزینه
اختلال حافظه	بله	بزرگسال: ندارد/دارد کودک : غیرقابل ارزیابی/ ندارد/ دارد	در صورت انتخاب گزینه "دارد"، نوع اختلال "فوری، نزدیک، دور"، تعیین گردد. امکان انتخاب بیش از یک گزینه وجود داشته باشد.

بینش	بله	بزرگسال: ندارد/ دارد کودک: غیرقابل ارزیابی/ ندارد/ نسبی / دارد	در صورت انتخاب «دارد»، لازم است پنج گزینه «سطح ۱»، «سطح ۲»، «سطح ۳»، «سطح ۴»، «سطح ۵» و «سطح ۶»، روبه روی این قسمت ظاهر شود تا کاربر امکان انتخاب یکی از این موارد را داشته باشد.
------	-----	--	---

گروه اطلاعات ارزیابی خطر آسیب به خود و دیگران

عنوان فارسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
با توجه به سن تکاملی اطفال	بله	غیرقابل ارزیابی/ قابل ارزیابی	فقط در فرم کودک در صورت انتخاب "غیر قابل ارزیابی" سایر موارد غیر فعال گردد.
سابقه آسیب به خود (خودزنی)	بله	ندارد/ دارد	انتخاب یک گزینه
سابقه به دیگران	بله	ندارد/ دارد	انتخاب یک گزینه
سابقه اقدام به خودکشی	بله	ندارد/ دارد	انتخاب یک گزینه
روش انجام خودکشی های قبلی	بله		ورودی متنی
افکار خودکشی	بله	ندارد/ دارد	انتخاب یک گزینه
نیاز به مهار فیزیکی و شیمیایی	بله	ندارد/ دارد	انتخاب یک گزینه
معیار SAD	بله		بر اساس موارد گفته شده در قسمت نکات جدول
نتیجه ارزیابی	بله	تحت نظر در منزل با پیگیری های لازم / تحت نظر و بستری در بیمارستان / بستری و تحت نظر ویژه در بیمارستان بر اساس برنامه مراقبتی مطمئن تنظیم شده / بستری اجباری در بیمارستان با پیش بینی نیروهای ویژه و اختصاصی برای بیمار	تکمیل خودکار بر اساس مقیاس SAD که در فیلد قبلی تکمیل شده است (نکات جدول).

گروه اطلاعات تاریخچه سلامت و بیماری

عنوان فارسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
بزرگسال: شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار) کودک: شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار/ والدین)	بله	از لیست علت مراجعه ابلاغی پیوست مبتنی بر SNOMEDCT استفاده گردد.	به صورت کدبندی شده و با استفاده از ترمینولوژی SNOMEDCT تکمیل می گردد. ورودی متنی هم دارد. توضیحات تکمیلی در قسمت نکات جدول
علت بستری (تشخیص اولیه پزشک معالج)	بله	ICD	انتخاب یک مورد از بین گزینه های موجود

سابقه بستری	بله	ندارد / دارد	در صورت انتخاب گزینه «دارد»، دو قسمت با عناوین «تاریخ آخرین بستری» و «علت آخرین بستری» نمایش داده شود که روبه‌روی هرکدام یک ورودی متنی جهت تایپ وجود داشته باشد.
سابقه بیماری (جسمی/روانی/اختلال مادرزادی)	بله	ندارد / دارد	در صورت انتخاب گزینه «دارد»، یک قسمت با عنوان «نام بیماری» نمایش داده شده و یک ورودی انتخابی از بین لیست ICD جهت توضیح قرار داده شود. همچنین یک دکمه «+» وجود داشته باشد تا کاربر بتواند «نام بیماری» را به تعداد دلخواه اضافه کند.
سابقه بیماری در خانواده (جسمی و روانی)	بله	ندارد/دارد	در صورت انتخاب گزینه «دارد»، دو قسمت با عناوین «نام بیماری» (ورودی انتخابی از لیست ICD) و «نسبت فرد با بیمار» (ورودی انتخابی از لیست thritaEHR.familyRelation؛ در صورت انتخاب «سایر خویشاوندان»، امکان ورود متن دلخواه فراهم شود) نمایش داده شود. همچنین یک دکمه «+» وجود داشته باشد تا کاربر بتواند نام بیماری و نسبت با بیمار را به تعداد دلخواه اضافه کند.
سابقه انجام واکسیناسیون در کودکان زیر ۵ سال	بله	کامل / ناکامل	فقط در فرم مخصوص کودک نمایش داده شود.
عادات و عوامل خطر	بله	سوءمصرف دارو/سوءمصرف مواد مخدر/ مصرف الکل/مصرف سیگار/ مصرف قلیان/سایر	امکان انتخاب چند گزینه وجود داشته باشد. در صورت انتخاب گزینه «سایر»، یک ورودی متنی جهت توضیح نشان داده شود.
میزان خواب و استراحت در ۲۴ ساعت	بله		به صورت متنی
مشکلات خواب	بله	ندارد/دارد	ملاحظات در قسمت نکات جدول

گروه اطلاعات حساسیت‌ها

عنوان فارسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
حساسیت دارویی	بله	خیر / بله / نمی‌داند	در صورت انتخاب گزینه «بله»، دو قسمت با عناوین «نوع دارو» (انتخابی از لیست ATC یا eRx) و «نوع واکنش» (انتخاب یک یا چند مورد از بین گزینه‌های خارش/التهاب/سوزش/تنگی نفس/کهیر/سایر؛ امکان ورود متن دلخواه در صورت انتخاب «سایر») نمایش داده شود. یک دکمه «+» وجود داشته باشد تا هر تعداد «نوع دارو» و «نوع واکنش» که کاربر خواست، بتواند اضافه کند.
حساسیت غذایی	بله	خیر / بله / نمی‌داند	در صورت انتخاب گزینه «بله»، دو قسمت با عناوین «نوع غذا» (یک ورودی جهت ورود متن دلخواه) و «نوع واکنش» (انتخاب یک یا چند مورد از بین گزینه‌های خارش/التهاب/سوزش/تنگی نفس/کهیر/سایر؛ امکان ورود متن دلخواه در صورت انتخاب «سایر») نمایش داده شود. یک دکمه «+» وجود داشته باشد تا هر تعداد «نوع غذا» و «نوع واکنش» که کاربر خواست، بتواند اضافه کند.
حساسیت به سایر موارد	بله		فقط در فرم مخصوص کودک نمایش داده شود. یک ورودی متنی جهت ورود متن دلخواه می‌باشد.

گروه اطلاعات ارزیابی سیستمها

عنوان فارسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
تنفس (الگوی تنفس، ترشحات، رال و ...)	بله	وجود مشکل / وضعیت خاص: خیر / بله	در صورت انتخاب گزینه «بله»، یک قسمت تحت عنوان «ذکر مشکل یا وضعیت خاص» نمایش داده شود که یک ورودی متنی جهت ورود متن دلخواه داشته باشد. براساس مشکل انتخاب شده، تشخیص پرستاری از لیست پیوست شده ی منتخب از NANDA (پیوست ۱) انتخاب شود.
قلب و عروق (نبض و ...)	بله	وجود مشکل / وضعیت خاص: خیر / بله	در صورت انتخاب گزینه «بله»، یک قسمت تحت عنوان «ذکر مشکل یا وضعیت خاص» نمایش داده شود که یک ورودی متنی جهت ورود متن دلخواه داشته باشد. براساس مشکل انتخاب شده، تشخیص پرستاری از لیست پیوست شده ی منتخب از NANDA (پیوست ۱) انتخاب شود.
پوست و مو (حرارت، رطوبت، تمامیت، زخم و ...)	بله	وجود مشکل / وضعیت خاص: خیر / بله	در صورت انتخاب گزینه «بله»، یک قسمت تحت عنوان «ذکر مشکل یا وضعیت خاص» نمایش داده شود که یک ورودی متنی جهت ورود متن دلخواه داشته باشد. براساس مشکل انتخاب شده، تشخیص پرستاری از لیست پیوست شده ی منتخب از NANDA (پیوست ۱) انتخاب شود.
گوارش و دفع (پیوست، اسهال، بی اختیاری و ...)	بله	وجود مشکل / وضعیت خاص: خیر / بله	در صورت انتخاب گزینه «بله»، یک قسمت تحت عنوان «ذکر مشکل یا وضعیت خاص» نمایش داده شود که یک ورودی متنی جهت ورود متن دلخواه داشته باشد. براساس مشکل انتخاب شده، تشخیص پرستاری از لیست پیوست شده ی منتخب از NANDA (پیوست ۱) انتخاب شود.
ادراری (بی اختیاری، احتباس، دیزوری و ...)	بله	وجود مشکل / وضعیت خاص: خیر / بله	در صورت انتخاب گزینه «بله»، یک قسمت تحت عنوان «ذکر مشکل یا وضعیت خاص» نمایش داده شود که یک ورودی متنی جهت ورود متن دلخواه داشته باشد. براساس مشکل انتخاب شده، تشخیص پرستاری از لیست پیوست شده ی منتخب از NANDA (پیوست ۱) انتخاب شود.
سایر سیستمها	بله	وجود مشکل / وضعیت خاص: خیر / بله	در صورت انتخاب گزینه «بله»، یک قسمت تحت عنوان «ذکر مشکل یا وضعیت خاص» نمایش داده شود که یک ورودی متنی جهت ورود متن دلخواه داشته باشد. براساس مشکل انتخاب شده، تشخیص پرستاری از لیست پیوست شده ی منتخب از NANDA (پیوست ۱) انتخاب شود.

گروه اطلاعات سابقه دارویی

عنوان فارسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
نام دارو	بله	eRx	انتخاب از میان لیست دارویی موجود؛ یک دکمه «+» وجود داشته باشد تا هر تعداد دارو که کاربر خواست بتواند اضافه کند. به لیست، آیتم "دارویی مصرف نمی نماید" اضافه گردد.
گروه اطلاعات محدودیت ها و توانایی ها			
عنوان فارسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
محدودیت شنوایی	بله	خیر/بله	در فرم مخصوص کودک یک گزینه دیگر با عنوان «غیرقابل ارزیابی» جهت انتخاب نمایش داده شود. سایر ملاحظات در قسمت توضیحات جدول ذکر شده است.
محدودیت بینایی	بله	خیر/بله	در فرم مخصوص کودک یک گزینه دیگر با عنوان «غیرقابل ارزیابی» جهت انتخاب نمایش داده شود. سایر ملاحظات در قسمت توضیحات جدول ذکر شده است.
نقص و قطع عضو	بله	خیر/بله	در صورت انتخاب گزینه «بله»، یک قسمت با عنوان «نوع نقص و اندام مبتلا» نمایش و یک ورودی متنی جهت توضیح قرار داده شود.
وسایل کمکی و پروتزها	بله	ندارد/ دارد	در صورت انتخاب گزینه "دارد" از بین گزینه های زیر انتخاب شود: عصا/واکر/ویلچر/چوب زیربغل/پروتز اندام/پروتز چشمی/سمعک/عینک/سایر. امکان انتخاب یا چند گزینه وجود دارد. در فرم مخصوص بزرگسال یک گزینه دیگر با عنوان «دندان مصنوعی» جهت انتخاب قرار داده شود. در صورت انتخاب "سایر"، یک باکس متنی جهت توضیح روبه روی آن نمایش داده شود.
توانایی خواندن و نوشتن	بله	بله/خیر	انتخاب یک گزینه
توانایی غذا خوردن	بله		در قسمت نکات جدول
توانایی لباس پوشیدن	بله		در قسمت نکات جدول
توانایی استحمام	بله		در قسمت نکات جدول
توانایی دستشویی رفتن	بله		در قسمت نکات جدول
توانایی تحرک و جابجایی	بله		در قسمت نکات جدول
گروه اطلاعات ارزیابی وضعیت تغذیه ای			
عنوان فارسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
وزن (kg)	بله		به صورت عددی

قد (cm)	بله	به صورت عددی
نمای توده بدنی بزرگسال (BMI)	بله	فقط در فرم مخصوص بزرگسال؛ به صورت خودکار از دو مورد بالا، با استفاده از فرمول «وزن (به واحد کیلوگرم) تقسیم بر توان دوم قد (به واحد متر)» محاسبه و جایگذاری شود. در صورت عدم امکان اندازه گیری قد و وزن، گزینه غیرقابل ارزیابی انتخاب شود.
آیا کودک طی ۳ ماه اخیر کاهش یا عدم افزایش وزن داشته است؟	بله	فقط در فرم مخصوص کودک
آیا کودک دچار بی‌اشتهایی یا کاهش مصرف غذا می‌باشد؟	بله	فقط در فرم مخصوص کودک
کودک کدام‌یک از شرایط یا بیماری‌های زیر را دارد؟	بله	فقط در فرم مخصوص کودک. امکان انتخاب یک یا چند گزینه وجود داشته باشد.
آیا بیمار نیاز به مشاوره تغذیه دارد؟	بله	انتخاب یک گزینه همچنین در انتها یک ورودی متنی با عنوان "سایر توضیحات" جهت ورود متن دلخواه نمایش داده شود.

گروه اطلاعات ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری

عنوان فارسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
مقیاس برادن	بله		بر اساس موارد گفته‌شده در قسمت نکات جدول در فرم مخصوص بزرگسال
مقیاس گلامورگان	بله		بر اساس موارد گفته‌شده در قسمت نکات جدول در فرم مخصوص کودک
امتیاز مقیاس برادن/گلامورگان	بله		به صورت عددی
نتیجه ارزیابی	بله	ریسک خیلی بالا / ریسک بالا / ریسک متوسط / ریسک پایین / کنترل معمول	تکمیل خودکار بر اساس مقیاس برادن و گلامورگان که در فیلد قبلی تکمیل شده است (نکات جدول).

گروه اطلاعات ارزیابی احتمال خطر سقوط

عنوان فارسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
مقیاس مورس	بله		بر اساس موارد گفته‌شده در قسمت نکات جدول در فرم مخصوص بزرگسال
مقیاس هامپی دامپی	بله		بر اساس موارد گفته‌شده در قسمت نکات جدول در فرم مخصوص کودک
امتیاز مقیاس مورس/هامپی دامپی	بله		به صورت عددی
نتیجه ارزیابی	بله	ریسک پایین / ریسک متوسط / ریسک بالا	تکمیل خودکار بر اساس مقیاس مورس/هامپی دامپی که در فیلد قبلی تکمیل شده است (نکات جدول).

گروه اطلاعات نشانه‌های کودک‌آزاری

عنوان فارسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
نشانه‌های کودک‌آزاری	بله	ندارد/دارد	فقط در فرم مخصوص کودک؛ در صورت انتخاب گزینه "دارد" از بین گزینه های زیر انتخاب شود: کبودی‌های متعدد 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/سایر امکان انتخاب یک یا چند گزینه؛ در صورت انتخاب گزینه «سایر»، یک ورودی متنی جهت توضیح قرار داده شود.
گروه اطلاعات ارزش‌های مذهبی و فرهنگی			
عنوان فارسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
ارزش‌های مذهبی و فرهنگی بیمار/خانواده/همراه که بر روی روند درمان یا آموزش تاثیرگذار باشد	بله	بله/خیر/غیرقابل ارزیابی	در صورت انتخاب گزینه «بله»، یک ورودی متنی جهت توضیح قرار داده شود.
گروه اطلاعات نیازهای آموزشی خودمراقبتی بیمار			
عنوان فارسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
آیا والدین/همراه تمایل به یادگیری دارد؟	بله	بله/خیر	فقط در فرم مخصوص کودک
آیا بیمار تمایل به یادگیری دارد؟	بله	بله/خیر	فقط در فرم مخصوص بزرگسال
آیا والدین/همراه توانایی یادگیری دارد؟	بله	بله/خیر	فقط در فرم مخصوص کودک؛ در صورت انتخاب گزینه «خیر»، قسمتی تحت عنوان «نزدیک‌ترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش» نمایش و یک ورودی متنی جهت توضیح قرار داده شود.
آیا بیمار توانایی یادگیری دارد؟	بله	بله/خیر	فقط در فرم مخصوص بزرگسال؛ در صورت انتخاب گزینه «خیر»، قسمتی تحت عنوان «نزدیک‌ترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش» نمایش و یک ورودی متنی جهت توضیح قرار داده شود.
موانع یادگیری	بله	بله/خیر	در صورت انتخاب گزینه «بله»، یک ورودی متنی جهت توضیح نمایش داده شود.
نیازهای آموزشی بیمار/خانواده در بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده	بله		به صورت متنی
گروه اطلاعات تعیین سطح مراقبتی			
عنوان فارسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
سطح مراقبتی	بله	بر اساس کدینگ سطوح مراقبتی ThritaEHR روان در ترمینولوژی	انتخاب یک گزینه
نام و نام خانوادگی پرستار	بله		به صورت خودکار توسط سیستم تکمیل می‌گردد.
تاریخ و ساعت پایان ارزیابی	بله		به صورت خودکار توسط سیستم هنگام زدن دکمه «ثبت فرم» درج می‌گردد.

اطلاعات به جهت ارتباطی که با یکدیگر دارند گروه‌بندی شده‌اند. تمام موارد اجباری که باید در داخل فرم کامل شوند در جدول بالا ذکر شده است. دقت شود اجباری بودن یک عنوان به این معنی نیست که حتماً برای سپاس ارسال خواهد شد. بلکه به این معنی است که این اطلاعات باید از کاربر گرفته و در سامانه بیمارستانی ذخیره شود. مواردی که باید برای پرونده سلامت کشوری - سپاس - ارسال گردد، کدینگ و آرکتایپ^۱ آن‌ها به صورت جداگانه در سند تبادلی با سپاس توضیح داده خواهند شد.

❖ گروه اطلاعات پرونده

با توجه به این‌که بیمار قبل از انجام ارزیابی اولیه بیمار روان، پذیرش شده است؛ لذا تمامی اطلاعات این قسمت از فرم به صورت خودکار از فرم پذیرش استعلام و پر می‌گردد و قابلیت تغییر و ویرایش ندارد.

❖ گروه اطلاعات پایه

- قسمت‌های «میزان تحصیلات»، «وضعیت تاهل»، «وضعیت بارداری» و «وضعیت شیردهی» در فرم بزرگسال و قسمت «سرپرست کودک» فقط در فرم کودک نمایش داده شود. فقط در صورتی که بیمار، خانم بزرگسال باشد، قسمت‌های «وضعیت بارداری» و «وضعیت شیردهی» نیز بایستی نمایش داده شوند.
- در قسمت «منبع اطلاعات» در فرم بزرگسال، بایستی کاربر از بین گزینه‌های «بیمار» / «همراه» یکی را انتخاب کند و چنانچه «همراه» را انتخاب نمود، بایستی نسبت همراه با بیمار را از بین گزینه‌های موجود بر اساس لیست `thritaEHR.familyRelation` (به علاوه‌ی گزینه «سایر») انتخاب نماید؛ در این‌جا نیز، چنانچه «سایر» انتخاب شد، امکان ورود متن دلخواه برای کاربر فراهم شود. اما در فرم کودک، کاربر از بین گزینه‌های «کودک» / «والدین» / «سایر» انتخاب می‌نماید که در صورت انتخاب گزینه «سایر»، بایستی مجدداً نسبت با کودک از بین گزینه‌های موجود بر اساس کدینگ `thritaEHR.familyRelation` (به علاوه‌ی گزینه «سایر») انتخاب نماید؛ دوباره، اگر «سایر» انتخاب شد، لازم است امکان ورود متن دلخواه فراهم شود.
- در قسمت «نحوه ورود»، در فرم مخصوص کودک، کاربر از بین گزینه‌های «پای خود» / «صندلی چرخ‌دار» / «برانکارد» / «در آغوش» / «انکوباتور» / «سایر» و در فرم بزرگسال از بین گزینه‌های «با پای خود» / «صندلی چرخ‌دار» / «برانکارد» / «سایر» انتخاب می‌نماید. در هر دو فرم در صورت انتخاب گزینه «سایر»، یک قسمت جهت توضیح بایستی تعبیه شود.
- در قسمت «لوله و اتصالات بیمار» لازم است یکی از گزینه‌های زیر انتخاب شود:

- IV Line : در صورت انتخاب این گزینه، گزینه‌های «دست» و «پا» و سپس، «راست» و «چپ» جهت انتخاب نمایش داده شوند.
- استومی: در صورت انتخاب، یک ورودی متنی جهت ورود «محل» به صورت متن دلخواه، فراهم شود.
- لوله تراشه
- گچ: در صورت انتخاب، یک ورودی متنی جهت ورود «محل» به صورت متن دلخواه، فراهم شود.
- بخیه: در صورت انتخاب، یک ورودی متنی جهت ورود «محل» به صورت متن دلخواه، فراهم شود.
- شانت
- آتل: در صورت انتخاب، یک ورودی متنی جهت ورود «محل» به صورت متن دلخواه، فراهم شود.
- پانسمان: در صورت انتخاب، یک ورودی متنی جهت ورود «محل» به صورت متن دلخواه، فراهم شود.
- تراکشن: در صورت انتخاب، یک ورودی متنی جهت ورود «محل» به صورت متن دلخواه، فراهم شود.
- پیس میکر
- چست تیوب: در صورت انتخاب، لازم است گزینه‌های «راست» و «چپ» نمایش داده شوند؛ همچنین لازم است یک ورودی متنی جهت وارد کردن «میزان ترشحات» تعبیه شود.
- درن: در صورت انتخاب، دو ورودی متنی، یکی جهت «محل قرارگیری» و دیگری جهت «میزان ترشحات» به کاربر نمایش داده شود.
- OGT
- NGT
- کاتتر فولی: در صورت انتخاب، یک ورودی متنی جهت ثبت «میزان برون‌ده» بایستی فراهم شود.
- تراکئوستومی
- کاتتر شالدون
- cvline
- سایر: در صورت انتخاب، یک ورودی متنی جهت ورود متن دلخواه نمایش داده شود.
- در انتها، لازم است یک دکمه «+» در نظر گرفته شود تا کاربر بتواند به تعداد مورد نیاز، «لوله و اتصالات بیمار» وارد کند.

❖ گروه اطلاعات علائم حیاتی

- با توجه به این که ممکن است علائم حیاتی بیمار تغییر نکند و برابر با همان مقادیر ثبت شده قبلی باشد، توصیه می‌شود برای هر قسمتی که در ادامه گفته خواهد شد، یک دکمه جهت فراخوانی آخرین مقادیر وارد شده برای آن قسمت تعبیه شود تا با جایگذاری خودکار مقادیر، تکمیل فرم آسان‌تر شود.
- **درجه حرارت:** شامل مقدار دما باشد.
 - «مقدار دما» عددی مثبت با واحد «درجه سانتی‌گراد» می‌باشد و حداکثر یک رقم اعشار دارد.

محدوده نرمال به شرح زیر تعریف شود:

۳۵/۵ تا ۳۷/۵ درجه سانتی‌گراد

در صورتی که «مقدار دما» وارد شده، از محدوده نرمال کمتر باشد، اخطار «هیپوترمی» داده شود و در صورتی که بالاتر از محدوده نرمال باشد، اخطار «هیپرترمی (تب)» داده شود. همچنین، در صورتی که بالاتر از ۴۰ باشد، بایستی اخطار «تب شدید» نشان داده شود.

• **نبض: تعداد نبض باشد.**

- در قسمت «تعداد نبض»، عددی مثبت با واحد «ضربان در دقیقه» توسط کاربر وارد می‌شود. در صورتی که عدد ثبت شده بالاتر از دامنه طبیعی ذیل باشد، اخطار «تاکی‌کاردی» نمایش داده شود و در صورتی که پایین‌تر از دامنه طبیعی باشد، اخطار «برادی‌کاردی» داده شود.

دامنه طبیعی برای بازه‌های سنی مختلف به شرح زیر است:

- ۰ تا ۳ ماه: ۱۰۷ تا ۱۸۱ ضربه در دقیقه
- ۳ تا ۶ ماه: ۱۰۴ تا ۱۷۵ ضربه در دقیقه
- ۶ تا ۹ ماه: ۹۸ تا ۱۶۸ ضربه در دقیقه
- ۹ تا ۱۲ ماه: ۹۳ تا ۱۶۱ ضربه در دقیقه
- ۱۲ تا ۱۸ ماه: ۸۸ تا ۱۵۶ ضربه در دقیقه
- ۱۸ تا ۲۴ ماه: ۸۲ تا ۱۴۹ ضربه در دقیقه
- ۲ تا ۳ سال: ۷۶ تا ۱۴۲ ضربه در دقیقه
- ۳ تا ۴ سال: ۷۰ تا ۱۳۶ ضربه در دقیقه
- ۴ تا ۶ سال: ۶۵ تا ۱۳۱ ضربه در دقیقه
- ۶ تا ۸ سال: ۵۹ تا ۱۲۳ ضربه در دقیقه
- ۸ تا ۱۲ سال: ۵۲ تا ۱۱۵ ضربه در دقیقه
- ۱۲ تا ۱۵ سال: ۴۷ تا ۱۰۸ ضربه در دقیقه
- ۱۵ تا ۱۸ سال: ۴۳ تا ۱۰۴ ضربه در دقیقه
- ۱۸ سال به بالا: ۶۰ تا ۱۰۰ ضربه در دقیقه

- **تعداد تنفس:** لازم است کاربر بتواند یک عدد مثبت با واحد «تنفس در دقیقه» وارد کند. در صورتی که این تعداد، بالاتر از دامنه طبیعی بود، اخطار «تاکی‌پنه» و در صورتی که پایین‌تر بود، اخطار «برادی‌پنه» به کاربر نمایش دهد. دامنه طبیعی بر اساس سن تعریف می‌شود و شامل مقادیر ذیل می‌باشد:

- ۱ ماه تا یک‌سالگی: ۲۴ تا ۳۸ تنفس در دقیقه
- ۱ تا ۳ سالگی: ۲۲ تا ۳۰ تنفس در دقیقه
- ۴ تا ۶ سالگی: ۲۰ تا ۲۴ تنفس در دقیقه
- ۷ تا ۹ سالگی: ۱۸ تا ۲۴ تنفس در دقیقه
- ۱۰ تا ۱۴ سالگی: ۱۶ تا ۲۲ تنفس در دقیقه
- ۱۴ تا ۱۸ سالگی و بالاتر: ۱۴ تا ۲۰ تنفس در دقیقه

- **فشار خون:** این مورد شامل مقدار می‌باشد.

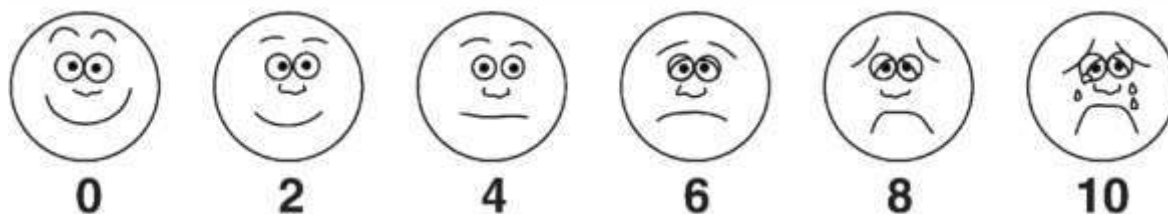
در قسمت «مقدار»، دو ورودی که با نشانگر «/» از هم جدا شده‌اند، نمایش داده شوند تا کاربر بتواند در ورودی سمت چپ، یک عدد مثبت به عنوان «فشار سیستولیک» و در ورودی سمت راست، یک عدد مثبت به عنوان «فشار دیاستولیک» وارد کند؛ واحد هر دو عدد میلی‌مترجیوه (mmHg) می‌باشند و عدد «فشار دیاستولیک» نباید

بالتر از «فشار سیستولیک» باشد. در صورتی که عدد وارد شده به عنوان «مقدار» (یک عدد یا هر دو عدد) از دامنه طبیعی بالاتر بود، اخطار «هایپرتنشن» و در صورتی که پایین‌تر بود، اخطار «هایپوتنشن» نمایش داده شود.

مقادیر طبیعی «فشار خون» بر اساس سن بیمار، عبارتند از:

- ۱ تا ۱۲ ماهگی: اگر «فشار سیستولیک» بالای ۱۱۰ و «فشار دیاستولیک» بالای ۷۵ ثبت شده باشد، سیستم اخطار «هایپرتنشن» بدهد و در صورتی که «فشار سیستولیک» پایین‌تر از ۷۰ و «فشار دیاستولیک» پایین‌تر از ۵۰ ثبت شد، سیستم اخطار «هایپوتنشن» بدهد.
- ۱ تا ۵ سال: اگر «فشار سیستولیک» بالای ۱۱۰ و «فشار دیاستولیک» بالای ۷۹ ثبت شد، سیستم اخطار «هایپرتنشن» بدهد و در صورتی که «فشار سیستولیک» پایین‌تر از ۸۰ و «فشار دیاستولیک» پایین‌تر از ۵۵ ثبت شد، سیستم اخطار «هایپوتنشن» بدهد.
- ۶ تا ۱۳ سال: اگر «فشار سیستولیک» بالای ۱۱۵ و «فشار دیاستولیک» بالای ۸۰ باشد، اخطار «هایپرتنشن» و اگر «فشار سیستولیک» پایین‌تر از ۹۰ و «فشار دیاستولیک» پایین‌تر از ۶۰ بود، اخطار «هایپوتنشن» داده شود.
- ۱۴ تا ۱۶ سال و بالاتر: اگر «فشار سیستولیک» بالای ۱۲۰ و «فشار دیاستولیک» بالای ۸۱ باشد، اخطار «هایپرتنشن» و اگر «فشار سیستولیک» پایین‌تر از ۱۰۵ و «فشار دیاستولیک» پایین‌تر از ۷۳ باشد، اخطار «هایپوتنشن» داده شود.

- **درد:** این مورد دارای ۵ قسمت نمره درد بر اساس مقیاس، محل درد، طول مدت درد، تاثیر درد روی فعالیت بیمار و روش‌های تسکین درد می‌باشد. در صورت انتخاب نمره درد صفر سایر قسمت‌ها نمایش داده نشوند.
- در قسمت «نمره درد بر اساس مقیاس»، بایستی کاربر بتواند با انتخاب یکی از شکل‌های زیر، مقدار درد بیمار را به صورت یک عدد از صفر تا ۱۰ وارد کند.



- در قسمت «محل درد» یک ورودی متنی جهت وارد کردن متن دلخواه وارد شود.
- در قسمت «طول مدت درد» یکی از گزینه‌های «مداوم» و «متناوب» انتخاب شود.
- در قسمت «تاثیر درد روی فعالیت بیمار» لازم است یکی از گزینه‌های «دارد» یا «ندارد» انتخاب شود.
- در قسمت «روش‌های تسکین درد» بایستی کاربر بتواند به تعداد دلخواه، مورد وارد بکند. برای هر مورد، لازم است ابتدا انتخاب شود که برای تسکین درد به صورت «دارویی» است یا «غیر دارویی» و سپس یک ورودی متنی برای وارد کردن متن دلخواه تعبیه شود.

بر اساس «نمره درد» وارد شده، لازم است یکی از پیام‌های زیر به عنوان هشدار نمایش داده شود:

○ نمره صفر:

۱- نیاز به تزریق مسکن یا مخدر وجود ندارد.

۲- در صورتی که بیمار پس از دریافت مسکن یا مخدر، نمره ی فاقد درد را کسب نموده به پزشک مربوطه جهت تصمیم‌گیری در مورد قطع یا ادامه ی دارو اطلاع داده شود.

۳- مستندسازی شدت درد و کلیه اقدامات بالینی صورت گرفته.

○ نمره ۱ الی ۳ (خفیف):

۱- استفاده از مسکن‌های غیرمخدری، مانند آن‌سیدها یا ادجوانتها، طبق نظر پزشک و در صورت عدم وجود ممنوعیت.

۲- استفاده از روش‌های تسکین درد غیر دارویی، در صورت عدم محدودیت یا ممنوعیت.

۳- مستندسازی شدت درد، کلیه مداخلات درمانی صورت گرفته، عوارض و نتایج مداخلات.

○ نمره ۴ الی ۶ (متوسط):

۱- استفاده از مسکن‌های مخدری ضعیف به صورت دوز بلوس یا انفوزیون یا PCA طبق نظر پزشک و در صورت عدم وجود ممنوعیت.

۲- استفاده از ادجوانتها در کنار مسکن‌های مخدری ضعیف در صورت صلاح‌دید پزشک.

۳- استفاده از روش‌های تسکین درد غیردارویی در صورت عدم محدودیت یا ممنوعیت.

۴- مستندسازی شدت درد، کلیه مداخلات.

○ نمره ۷ الی ۱۰ (شدید):

۱- استفاده از مسکن‌های مخدری قوی به صورت دوز بلوس یا انفوزیون یا PCA طبق نظر پزشک و در صورت عدم وجود ممنوعیت.

۲- استفاده از ادجوانتها در کنار مسکن‌های مخدری قوی در صورت صلاح‌دید پزشک.

۳- مستندسازی شدت درد، کلیه مداخلات درمانی صورت گرفته، عوارض و نتایج مداخلات.

❖ گروه اطلاعات وضعیت ارتباطی

- در قسمت «زبان و نوع گویش» در فرم مخصوص کودک، یک گزینه به نام «عدم رسیدن به سن تکلم» وجود داشته باشد که در صورت انتخاب آن از سوی کاربر، باکس متنی زبان و نوع گویش فعال گردد.

❖ گروه اطلاعات وضعیت خلقی / ادراکی

- در فرم مخصوص کودک، روبه‌روی تمامی موارد (خلق، عاطفه، هذیان و ...) گزینه دیگری با عنوان «غیرقابل ارزیابی» وجود داشته باشد که در صورت انتخاب آن، قسمتی تحت عنوان "به دلیل" ایجاد شود و یک باکس متنی جهت توضیح قرار داده شود.

❖ گروه اطلاعات وضعیت آگاهی

- در فرم مخصوص کودک، روبه‌روی تمامی موارد (اختلال موقعیت‌سنجی، تمرکز، اختلال حافظه و ...) گزینه دیگری با عنوان "غیرقابل ارزیابی" جهت انتخاب وجود داشته باشد.

❖ گروه اطلاعات ارزیابی خطر آسیب به خود و دیگران

در قسمت «مقیاس SAD»، از بین موارد زیر کاربر می‌تواند صفر یا چند مورد را انتخاب کند. به ازای انتخاب هر مورد، یک امتیاز لحاظ می‌شود.

- جنسیت مرد
- سن زیر ۲۰ سال یا بالای ۴۵ سال
- خلق افسرده
- سابقه اقدام به خودکشی
- مصرف الکل یا مواد مخدر
- فقدان تفکر منطقی (نشانگان آسیب مغزی، اختلال عاطفی، اسکیزوفرنی)
- فقدان حمایت اجتماعی
- برنامه خودکشی سازمان‌دهی شده
- تجرد یا تنهایی
- بیماری یا فقدان سلامت جسمی

در قسمت «نتیجه ارزیابی»، به صورت خودکار جمع امتیازهای فیلد قبلی، محاسبه می‌شود و بر حسب میزان آن، یکی از موارد زیر لحاظ می‌شود:

- صفر الی ۲ امتیاز: تحت نظر در منزل با پیگیری‌های لازم
- ۳ الی ۴ امتیاز: تحت نظر و بستری در بیمارستان
- ۵ الی ۶ امتیاز: بستری و تحت نظر ویژه در بیمارستان بر اساس برنامه مراقبتی مطمئن تنظیم شده
- ۷ الی ۱۰ امتیاز: بستری اجباری در بیمارستان با پیش‌بینی نیروهای ویژه و اختصاصی برای بیمار

❖ گروه اطلاعات تاریخچه سلامت و بیماری

- در قسمت شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار): در صورتیکه علت مراجعه از لیست SNOMEDCT قابل انتخاب نباشد، در قسمت "ورودی متنی" تایپ گردد.
- در قسمت «مشکلات خواب»، در صورتی که گزینه «دارد» انتخاب شد، یک قسمت تحت عنوان «نوع مشکل» پدیدار شود که به صورت انتخاب یک یا چند گزینه از لیست ذیل باشد:
 - بی‌خوابی

- کم‌خوابی
- راه رفتن در خواب
- بروکسیم (دندان قروچه)
- شب ادراری
- حرف زدن در خواب
- ناله کردن در خواب
- کابوس‌های شبانه
- سندروم پای بی‌قرار
- نارکولپسی

❖ گروه اطلاعات ارزیابی سیستم‌ها

- تشخیص‌های پرستاری: در قسمت ارزیابی سیستم‌ها در صورت انتخاب هر کدام از موارد، تشخیص پرستاری مربوط به آن سیستم از لیست موجود در پیوست ۱ فعال می‌شود. همچنین یک دکمه «+» قرار داده شود تا کاربر بتواند هر تعداد که خواست، «تشخیص» وارد کند. در صورتی که گزینه‌ای در یکی از موارد گروه اطلاعات «ارزیابی سیستم‌ها» انتخاب شده باشد (به جز گزینه «ندارد» یا «خیر»)، در این قسمت، سیستم متناظر با آن مورد بایستی پیشنهاد شود اما قابل حذف باشد. موارد زیر از سیستم‌ها در «تشخیص پرستاری» با موارد روبه‌روی آن که از موارد «ارزیابی سیستم‌ها» می‌باشد، متناظر است:

- اعصاب: «عصبی» / «مردمک‌ها»
- قلب و عروق: «قلبی و عروقی» / «نبض»
- تنفسی: «سیستم تنفسی»
- گوارش: «گوارش» / «رژیم غذایی خاص»
- ادراری: «ادراری تناسلی»
- پوست: «پوست» / «رنگ پوست» / «درجه حرارت پوست» / «تورگور پوست»
- ارتوپدی (اسکلتی-عضلانی): «اسکلتی عضلانی»
- روحی روانی: «وضعیت رفتاری» / «سابقه اقدام به خودکشی» / «سابقه آسیب به خود و دیگران» / «مشاهده رفتارهای خاص (گریه بیش از حد، جویدن ناخن، بی‌اختیاری و...)» در فرم کودک

❖ گروه اطلاعات محدودیت‌ها و توانایی‌ها

- در قسمت «محدودیت شنوایی»، در صورتی که گزینه «بله» انتخاب شود، لازم است گزینه‌های زیر نمایش داده شود تا کاربر یک مورد را انتخاب کند:
- کم‌شنوایی

- ناشنوایی
- اختلالات مادرزادی
- پس از آن، بایستی گزینه‌های «راست» و «چپ» نمایش داده شوند تا کاربر یک یا هر دو گزینه را انتخاب کند.
- در قسمت «محدودیت بینایی»، در صورتی که گزینه «بله» انتخاب شود، در صورتی که گزینه «بله» انتخاب شود، لازم است گزینه‌های زیر نمایش داده شود تا کاربر یک مورد را انتخاب کند:
 - کم بینایی
 - نابینایی
 - اختلالات مادرزادی
- پس از آن، بایستی گزینه‌های «راست» و «چپ» نمایش داده شوند تا کاربر یک یا هر دو گزینه را انتخاب کند.
- در قسمت‌های «توانایی غذا خوردن»، «توانایی لباس پوشیدن»، «توانایی حمام کردن»، «توانایی دستشویی رفتن» و «توانایی تحرک و جابجایی» در فرم مخصوص کودک، بایستی کاربر از بین گزینه‌های «مستقل» / «وابسته (به دلیل سن تقویمی)» / «وابسته (به دلیل ناتوانی)» و در فرم مخصوص بزرگسال بایستی از بین گزینه‌های «مستقل» / «وابسته و نیازمند کمک» انتخاب نماید.

❖ گروه اطلاعات ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای

- برای پاسخ به سوال نیاز به انجام مشاوره تغذیه ای طبق مقدار به دست آمده از فرمول محاسبه BMI تصمیم گیری شود :
- کمتر از $18/5$ = کمبود وزن
- $18/5-24/9$ = محدوده نرمال
- $25-30$ = اضافه وزن
- $30-35$ = چاقی نوع ۱
- $35-40$ = چاقی نوع ۲
- بیشتر از 40 = چاقی بیمارگونه

در موارد وارد شده که خارج از محدوده نرمال است، سیستم آلامر بدهد تا پرستار گزینه نیاز به مشاوره تغذیه را انتخاب کند.

❖ گروه اطلاعات ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری

مقیاس برادن:

- در قسمت «مقیاس برادن» در فرم مخصوص بزرگسال موارد نمایش داده می‌شود و به ازای هر مورد، کاربر می‌تواند یکی از مقادیر را انتخاب کند و در ازای هر مقدار، امتیازهای گفته شده، لحاظ می‌گردد:

- **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 بی‌حرکت (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:** سرخوردن مکرر (۱ امتیاز)، خودداری نسبی از سرخوردن (۲ امتیاز)، خودداری از سرخوردن (۳ امتیاز)
- در قسمت «نتیجه ارزیابی»، به صورت خودکار جمع امتیازهایی 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
- مقیاس گلامورگان:**
- در قسمت «مقیاس گلامورگان» در فرم مخصوص کودک موارد نمایش داده می‌شود و به ازای هر مورد، کاربر می‌تواند یکی از مقادیر را انتخاب کند و در ازای هر مقدار، امتیازهای گفته‌شده، لحاظ می‌گردد:
 - کودک قادر به حرکت نیست/بیهوشی عمومی (۲۰ امتیاز)
 - قادر به تغییر پوزیشن نمی‌باشد/قادر به نشستن نمی‌باشد/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)
- در قسمت «نتیجه ارزیابی»، به صورت خودکار جمع امتیازهایی که در هر مورد بالا استخراج شده است، محاسبه می‌شود و بر حسب میزان آن، یکی از موارد زیر لحاظ می‌شود:
 - بیشتر از ۱۰: در معرض خطر
 - بیشتر از ۱۵: ریسک متوسط
 - بیشتر از ۲۰: ریسک بالا

❖ گروه اطلاعات ارزیابی احتمال خطر سقوط

مقیاس مورس:

- در قسمت «مقیاس مورس» در فرم مخصوص بزرگسال موارد نمایش داده می‌شود و به ازای هر مورد، کاربر می‌تواند یکی از مقادیر را انتخاب کند و در ازای هر مقدار، امتیازهای گفته‌شده، لحاظ می‌گردد:
 - 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 زیربغل (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، آژیت (۱۵ امتیاز)، هوشیار و آگاه / کما (۰ امتیاز)
- در قسمت «نتیجه ارزیابی»، به صورت خودکار جمع امتیازهایی که در هر مورد بالا استخراج شده است، محاسبه می‌شود و بر حسب میزان آن، یکی از موارد زیر لحاظ می‌شود:
 - کمتر از ۲۴: ریسک پایین
 - بین ۲۵ الی ۴۴: ریسک متوسط
 - بالاتر از ۴۵: ریسک بالا

مقیاس هامپی دامپی:

- در قسمت «مقیاس هامپی دامپی» در فرم مخصوص کودک موارد نمایش داده می‌شود و به ازای هر مورد، کاربر می‌تواند یکی از مقادیر را انتخاب کند و در ازای هر مقدار، امتیازهای گفته‌شده، لحاظ می‌گردد:
 - 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 می‌باشد (۴ امتیاز)
- تغییرات اکسیژناسیون واضح دارد یا تغییرات همودینامیک که منجر به تغییرات اکسیژناسیون می‌شود (تشخیص های تنفسی، دهیدراتاسیون، آنمی، بی اشتهایی، سنکوپ، سرگیجه و ...) (۳ امتیاز)
- اختلالات عصبی رفتاری (۲ امتیاز)

دیگر تشخیص‌ها (۱ امتیاز)

○ اختلالات شناختی:

از محدودیت‌های خودش آگاه نیست (۳ امتیاز)

محدودیت‌های خودش را فراموش می‌کند (۲ امتیاز)

به توانایی‌های خود آگاه می‌باشد (۱ امتیاز)

○ فاکتورهای محیطی

سابقه افتادن در شیرخوارگی یا نوپایی از تخت دارد (۴ امتیاز)

کودک بیمار از وسایل کمک حرکتی (روروک، عصا و...) استفاده می‌کند یا شیرخوار و نوپا در گهواره، یا

ننو و مبل تختخوابشو در کنار والدین گذاشته شده است (۳ امتیاز)

کودک بیمار در تخت است (۲ امتیاز)

کودک، بیمار سرپایی است (۱ امتیاز)

○ پاسخ به جراحی/سدیشن/بییهوشی:

حدود ۲۴ ساعت (۳ امتیاز)

حدود ۴۸ ساعت (۲ امتیاز)

بالای ۴۸ ساعت/هیچ (۱ امتیاز)

○ داروهای مصرفی:

از چند دارو استفاده می‌کند (بیشتر از ۳ دارو) از دسته دارویی سداتیوها (بجز بیمارانی که در آی

سی یو سدیشن دریافت می‌کنند) فلج‌کننده‌ها-خواب‌آورها-مخدرها-باربیتورات‌ها-فنوتیازین‌ها-انتی

دپرسانت‌ها-ملین‌ها/دیورتیک‌ها (۳ امتیاز)

یکی از داروهای بالا را دریافت می‌کند (۲ امتیاز)

داروهای دیگر استفاده می‌کند/دارو استفاده نمی‌کند (۱ امتیاز)

• در قسمت «نتیجه ارزیابی»، به صورت خودکار جمع امتیازهایی که در هر مورد بالا استخراج شده است، محاسبه

می‌شود و بر حسب میزان آن، مورد زیر لحاظ می‌شود:

امتیاز ۷-۱۱: ریسک پایین سقوط

امتیاز ۱۲ و بالاتر: ریسک بالای سقوط

بخش ۳: راهنمای رابط کاربری

در طراحی رابط کاربری فرم ارزیابی اولیه اعصاب و روان، لازم است مواردی رعایت شود که در این بخش توضیح داده می‌شود.

راهنمای پیاده‌سازی رابط کاربری

این بخش در رابطه با مواردی است که نیاز است در طراحی ظاهر و گرافیک برنامه (اصطلاحاً رابط کاربری) در فرم رعایت شود. به طور کلی، هدف از طرح این موارد آن است که در طراحی ظاهر و عملکرد فرم، راحتی و سرعت کاربر در پر کردن به حداکثر مقدار ممکن برسد.

در پیاده‌سازی فرم این موارد رعایت شود:

۱. لینک تشخیص پرستاری به ارزیابی سیستم ها متصل گردد. به این صورت که به ازای انتخاب هر مورد از ارزیابی سیستم ها در فرم الکترونیک ارزیابی اولیه، تشخیص های پرستاری مربوط به همان سیستم فعال شود.
۲. با توجه به لزوم انجام مراقبت های مبتنی بر شواهد، به روز رسانی راهنماهای بالینی و معیارها، امکان پذیر است.
۳. امکان تکمیل راحت و سریع فرم ارزیابی اولیه پرستاری، اصلی است که باید در تمام مراحل پیاده‌سازی این فرم رعایت شود و این فرم موجب سردرگمی کاربران نشود.
۴. لازم است تمام فرم در یک صفحه قرار داشته باشند و به گونه‌ای نباشد که برای ورود قسمتی از اطلاعات وارد صفحه جدیدی شود.
۵. ترتیب عناوین و گروه‌بندی آن‌ها مطابق با جدول اطلاعات باشد. به عنوان مثال نام و نام‌خانوادگی بالاتر از سن و تاریخ تولد نمایش داده شود و گروه «اطلاعات پرونده» بالاتر از گروه «اطلاعات پایه» قرار گیرد.
۶. در کلیه بخش‌های فرم در نظر گرفته شود که تا حد امکان صرفاً با صفحه کلید^۱ و بدون موشواره^۲ بتوان فرم را با کمک کلیدهای تب^۳ و شیفِت+تب^۴ پر کرد. به گونه‌ای که با زدن این کلید ها بتوان بین عناوین فرم حرکت کرد.
۷. تعدادی از عناوین موجود در این فرم، باید مطابق لیست کدینگ مصوبه وزارت بهداشت و واحد فناوری اطلاعات کامل می‌گردد. بهتر است که در این موارد از لیست‌های خودتکمیل‌شونده^۵ یا لیست با قابلیت پیشنهاد^۶ استفاده شود تا در حین تایپ کاربر موارد را جستجو و از لیست به کاربر پیشنهاد داده شود. با توجه به تعداد بالای مقادیر این لیست‌ها، از لیست‌هایی که صرفاً قابلیت انتخاب دارند و امکان جستجو با تایپ ندارند، پرهیز شود.
۸. موارد مربوط به زمان و تاریخ گزارش ارزیابی اولیه پرستاری و پرستار گزارش‌دهنده بایستی توسط سیستم به صورت خودکار کامل شود.
۹. دقت شود در فرم ارزیابی اولیه پرستاری باید صرفاً این عناوین و مقادیر با عبارت‌های مشخص شده در این سند پیاده‌سازی شود و ترتیب عناوین مطابق این سند باشد و به هیچ عنوان، اطلاعات فرم دیگری از کاربر درخواست نشود.
۱۰. بهتر است این امکان برای کاربر فراهم شود که بتواند فرم را «ذخیره» تا بعداً تکمیل و نهایی کند؛ و یا این که مستقیماً «ثبت نهایی» را انجام دهد.

۱- Keyboard

۲- Mouse

۳- Tab

۴- Shift+Tab

۵- autocomplete

۶- suggest

بخش ۴: سیستم‌های کدگذاری و ترمینولوژی

لیست منتخب از کدینگ NANDA جهت موارد «تشخیص‌های پرستاری در بدو ورود با توجه به ارزیابی اولیه» به صورت پیوست به این سند ارائه شده است.

به‌روزترین لیست‌های کدگذاری که در این سند استفاده شده‌اند، از طریق سامانه مکسا قابل دسترسی است:

<https://maxa.behdasht.gov.ir>

در این سند، از بین ترمینولوژی‌ها موجود در سامانه فوق، ترمینولوژی‌های thritaEHR.Religion و thritaEHR.educationLevel و thritaEHR.maritalStatus و eRx و thritaEHR.familyRelation و ICD و RVU^۳ و ATC و ThritaEHR مورد استفاده قرار گرفته است که با جستجو در سامانه فوق، می‌توان آن‌ها را دریافت کرد.

کدینگ مراقبت‌های پرستاری بزرگسال و کودک در بخش روان:

Code	Value	توضیحات
1.8.2.11	مراقبت مستقل با آماده سازی نهایی برای ترخیص	سطح ۱
1.8.2.12	مراقبت حمایتی با نظارت دوره ای	سطح ۲
1.8.2.13	مراقبت ساختاریافته با نظارت متوسط	سطح ۳
1.8.2.14	مراقبت با نظارت بالا با چک مکرر	سطح ۴
1.8.2.15	مراقبت با نظارت فشرده و مداوم	سطح ۵

کدهای انواع ارزیابی (AssessmentType)

سیستم کدگذاری: SNOMEDCT

نام اصطلاح	کد	توضیحات
Pain assessment (procedure)	225399009	ارزیابی درد
Assessment of consciousness level (procedure)	444714004	ارزیابی سطح هوشیاری

کدهای معیار و سیستم ارزیابی (ScaleSystem)

سیستم کدگذاری: SNOMEDCT

نام اصطلاح	کد	توضیحات
Pain intensity rating scale (assessment scale)	425401001	سیستم ارزیابی درد بر اساس بازه عددی ۰ تا ۱۰
Alert voice pain unresponsive scale (assessment scale)	449159002	سیستم ارزیابی سطح هوشیاری بر اساس AVPU

کدهای نحوه مراجعه بیمار (ArrivalMode)

سیستم کدگذاری: ThriftaEHR

نام اصطلاح	کد	توضیحات
با پای خود	1.5.2.4	Walk in by his/her own
حمل شده توسط همراه	1.5.2.5	Carried/Lifted
ویلچر	1.5.2.6	Wheel chair
برانکارد	1.5.2.9	-
کودک در آغوش	1.5.2.10	-

کدهای محل اندازه گیری دمای بدن (TemperatureLocation)

سیستم کدگذاری: SNOMEDCT

نام اصطلاح	کد	توضیحات
On examination - axillary temperature (finding)	164292006	دمای زیر بغل
On examination - core temperature (finding)	164295008	دمای مرکزی بدن
On examination - groin temperature (finding)	164293001	دمای کشاله ران
On examination - oral temperature (finding)	275874003	دمای داخل دهان
On examination - rectal temperature (finding)	164294007	دمای رکتال (مقعدی)
On examination - skin strip temperature (finding)	164296009	دمای پوست (با نوار پوستی)
On examination - tympanic temperature (finding)	315632006	دمای گوش

کدهای وضعیت فرد (PatientStatus)

سیستم کدگذاری: SNOMEDCT

نام اصطلاح	کد	توضیحات
Awake (finding)	248218005	کاملاً هوشیار
Asleep (finding)	248220008	خواب طبیعی
Unconscious (finding)	418107008	عدم هوشیار
Resting state (finding)	128975004	استراحت
Exercise state (finding)	128976003	در حین فعالیت فیزیکی
Post-exercise state (finding)	128978002	پس از فعالیت
Artificial respiration (procedure)	40617009	متصل به دستگاه تنفس
Oxygen administration by mask (procedure)	371908008	ماسک اکسیژن

نام اصطلاح	کد	توضیحات
Resuscitation with artificial respiration (procedure)	74596007	تنفس دهان به دهان
Oxygen administration by nasal cannula (procedure)	371907003	اکسیژن از راه بینی
Manual respiratory assistance using bag and mask (procedure)	425696007	بگ و ماسک

کدهای حالت بدن در حین اندازه گیری فشار خون

سیستم کدگذاری: SNOMEDCT

نام اصطلاح	کد	توضیحات
Lying blood pressure (observable entity)	163033001	فشار خون دراز کشیده
Sitting blood pressure (observable entity)	163035008	فشار خون نشسته
Standing blood pressure (observable entity)	163034007	فشار خون ایستاده