

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 بیمار مبتلا به اختلالات اعصاب و روان

INITIAL PSYCHIATRIC PATIENT ASSESSMENT FORM

شماره پرونده: Unit No:

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: بیمار ☐ خانواده ☐ (با ذکر نسبت) ☐ سایر ☐ نام ببرید: میزان تحصیلات: دین: وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐ مطلقه ☐ سایر: 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: BP: PR: RR: T: 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 روش‌های تسکین درد: دارویی (ذکر نام دارو): غیردارویی ذکر روش: لوله و اتصالات بیمار (IV، استومی و...): ذکر نام و محل:	اطلاعات پایه
سطح هوشیاری: هوشیار ☐ گیج ☐ خواب‌آلوده ☐ بدون پاسخ ☐ سایر ☐ نام ببرید: زبان و نوع گویش: نیاز به مترجم دارد: ☐ بله ☐ خیر ☐ ارتباط کلامی: ۱- تن صدا: طبیعی ☐ بلند ☐ آهسته ☐ ۲- سرعت تکلم: طبیعی ☐ زیاد ☐ کم ☐ با تأخیر ☐ فشار تکلم ☐ ۳- میزان تکلم: طبیعی ☐ پر حرف ☐ کم حرف ☐ فقر کلام ☐ خاموشی ☐ سایر ☐ ۴- اختلال تکلم: لکنت زبان ☐ دیسفونی ☐ سایر ☐	وضعیت ارتباطی
ظاهر کلی: مرتب ☐ ژولیده ☐ سایر ☐ نام ببرید: در صورت وجود زخم و کبودی، اسکار، خالکوبی، موقعیت آناتومیک آن ذکر شود: سایر مشکلات پوست از قبیل وجود (شپش، گال و...): ☐ خیر ☐ بله ☐ نام ببرید: وضعیت روانی و حرکتی: طبیعی ☐ کاتاتونیا ☐ سفتی و سختی ☐ انعطاف مومی شکل ☐ تیک ☐ سایر ☐ نام ببرید:	وضعیت عمومی
خلق: طبیعی ☐ افسرده ☐ تحریک پذیر ☐ پرخاشگر ☐ سرخوشی (خلق بالا) ☐ نوسان خلق ☐ سایر ☐ توضیح دهید: عاطفه: متناسب ☐ نامتناسب ☐ کند ☐ محدود ☐ سطحی ☐ بی ثبات ☐ بی تفاوت ☐ سایر ☐ توضیح دهید: هذیان: ندارد ☐ دارد ☐ نوع هذیان: ایلوژن: ندارد ☐ دارد ☐ توهم: ندارد ☐ دارد ☐ نوع توهم: شنوایی ☐ بینایی ☐ بویایی ☐ سایر ☐ توضیح دهید:	وضعیت خلقی / ادراکی
اختلال موقعیت سنجی: ندارد ☐ دارد ☐ مشخص کنید: مکان ☐ زمان ☐ افراد ☐ تمرکز: ندارد ☐ دارد ☐ یمنش: ندارد ☐ دارد ☐ مشخص کنید سطح: ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐ ۴ ☐ ۵ ☐ ۶ ☐ اختلال حافظه: ندارد ☐ دارد ☐ مشخص کنید: فوری ☐ نزدیک ☐ دور ☐	وضعیت آگاهی
سابقه آسیب به خود (خود زنی): ندارد ☐ دارد ☐ سابقه آسیب به دیگران: ندارد ☐ دارد ☐ سابقه اقدام به خودکشی: ندارد ☐ دارد ☐ روشن انجام خودکشی های قبلی: افکار خودکشی: ندارد ☐ دارد ☐ نیاز به مهار فیزیکی و شیمیایی: ندارد ☐ دارد ☐	ارزیابی خطر آسیب به خود و دیگران
شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار و یا خانواده بیمار): سابقه بستری: ندارد ☐ دارد ☐ تاریخ آخرین بستری: سابقه بیماری (جسم / روان / اختلال مادرزادی): ندارد ☐ دارد ☐ در صورت داشتن سابقه نام بیماری: سابقه بیماری در خانواده (جسم / روان): ندارد ☐ دارد ☐ نام بیماری: عادات و عوامل خطر: سوء مصرف دارو ☐ سوء مصرف مواد مخدر ☐ مصرف الکل ☐ مصرف سیگار ☐ مصرف قلیان ☐ سایر ☐ نام ببرید: خواب و استراحت: ۱- میزان خواب و استراحت در ۲۴ ساعت: مشکلات خواب: ندارد ☐ دارد ☐ نام ببرید:	تاریخچه سلامت و بیماری

فرم ارزیابی اولیه بیمار مبتلا به اختلالات اعصاب و روان
INITIAL PSYCHIATRIC PATIENT NURSING ASSESSMENT FORM

تشخیص پرستاری	ذکر مشکل یا وضعیت خاص	وجود مشکل / وضعیت خاص	محور			ارزیابی سیستم‌ها	
		بله ☐ خیر ☐	تنفس (الگوی تنفس / ترشحات / رال)				
		بله ☐ خیر ☐	قلب و عروق (نبض و ...)				
		بله ☐ خیر ☐	پوست و مو (حرارت، رطوبت، تمامیت، زخم و ...)				
		بله ☐ خیر ☐	گوارش و دفع (یبوست/ اسهال / بی اختیاری...)				
		بله ☐ خیر ☐	ادراری (بی اختیاری/ احتباس/ دیزوری و...)				
		بله ☐ خیر ☐	سایر سیستم ها				
نوع واکنش:			نوع دارو:.....	بله ☐ خیر ☐ نمی داند ☐	حساسیت دارویی:		حساسیت‌ها
نوع واکنش:			نوع غذا:.....	بله ☐ خیر ☐ نمی داند ☐	حساسیت غذایی:		
نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	ارزیابی سابقه دارویی	
۱ - محدودیت ها: شنوایی: بله ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا : بینایی: بله ☐ خیر ☐ 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) ۳- وسایل کمکی و پروتز ها: ندارد ☐ دارد ☐ بر اساس موارد زیر مشخص نمایید. عصا ☐ واکر ☐ ویلچر ☐ چوب زیربغل ☐ پروتز اندام ☐ دندان مصنوعی ☐ پروتز چشمی ☐ سمعک ☐ عینک ☐ سایر ☐ نام ببرید ۲- انجام فعالیت روزانه زندگی: توانایی خواندن و نوشتن: بله ☐ خیر ☐ 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) ☐							محدودیت‌ها و توانایی ها
آیا بیمار نیاز به مشاوره تغذیه دارد؟ بله ☐ خیر ☐		نمایه توده بدنی بزرگسال (BMI):		قد :	وزن :	ارزیابی وضعیت تغذیه ای	
سایر توضیحات:							
در صورت وجود زخم فشاری موقعیت آناتومیک آن ذکر شود..... امتیاز احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری بر اساس مقیاس برادن: ☐ احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری: ندارد ☐ دارد ☐							ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری
امتیاز احتمال خطر سقوط بر اساس مقیاس مورس: ☐ احتمال خطر سقوط: ندارد ☐ دارد ☐							ارزیابی احتمال خطر سقوط
ارزش‌های 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.....							ارزش‌های 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: خیر ☐ بله ☐ نام ببرید: ذکر نیازهای آموزشی بیمار در بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده :							نیاز های آموزشی و خود مراقبتی
سطح ۱ ☐ سطح ۲ ☐ سطح ۳ ☐ سطح ۴ ☐ سطح ۵ ☐							تعیین سطح مراقبتی
نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار:				تاریخ:			ساعت پایان ارزیابی: