

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 و نوجوان در بخش روان

INITIAL PSYCHIATRIC PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT FORM

شماره پرونده: Unit No:

نام خانوادگی: Family Name:		نام: Name:		بخش: Ward:		پزشک معالج: Attending Physician:	
نام پدر: Father's Name:		تاریخ تولد: Date of Birth:		اتاق: Room:		تاریخ پذیرش در بخش: Date of Admission:	
تخت: Bed:		ساعت شروع ارزیابی:		ساعت ورود به بخش:			
منبع اطلاعات: کودک ☐ والدین ☐ سایر ☐ نام ببرید نحوه ورود: با پای خود ☐ صندلی چرخدار ☐ برانکارد ☐ در آغوش ☐ سایر ☐ نام ببرید: مراجعه از: مطب پزشک ☐ اورژانس ☐ درمانگاه ☐ بیمارستان دیگر ☐ منزل ☐ مراجع قضایی ☐ سایر موارد ☐ علائم حیاتی بد ورود: T: RR: PR: BP:							
در: 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 ☐ غیر قابل ارزیابی ☐ تاثیر درد بر روی فعالیت بیمار: دارد ☐ ندارد ☐ روش های تسکین درد: دارویی (ذکر نام دارو): غیر دارویی (ذکر روش): لوله و اتصالات بیمار (IV، استومی و...) ذکر نام و محل قرارگیری:							
وضعیت ارتباطی:							
سطح هوشیاری: هوشیار ☐ گیجی ☐ خواب آلوده ☐ بدون پاسخ ☐ سایر ☐ نام ببرید زبان و نوع گویش در صورت رسیدن به سن تکلم: نیاز به مترجم دارد: بله ☐ خیر ☐ ارتباط کلامی در صورت رسیدن به سن تکلم: ۱- تن صدا: طبیعی ☐ بلند ☐ آهسته ☐ ۲- سرعت تکلم: طبیعی ☐ زیاد ☐ کم ☐ با تاخیر ☐ فشار تکلم ☐ ۳- میزان تکلم: طبیعی ☐ پر حرف ☐ کم حرف ☐ فقر کلام ☐ خاموشی ☐ سایر ☐ ۴- اختلال تکلم: لکنت زبان ☐ دیسفونی ☐ سایر ☐ همکاری: دارد ☐ ندارد ☐ با ذکر دلیل ارتباط چشمی: دارد ☐ ندارد ☐							
وضعیت عمومی:							
در صورت وجود زخم، کیودی، اسکار، خالکوبی، موقعیت آناتومیک آن ذکر شود: سایر مشکلات پوست از قبیل وجود (شیش، گال و...): خیر ☐ بله ☐ نام ببرید: وضعیت روانی و حرکتی: طبیعی ☐ کاتاتونیا ☐ سفتی و سختی ☐ انعطاف مومی شکل ☐ تیک ☐ سایر ☐ نام ببرید:							
وضعیت خلقی / ادراکی:							
خلقی: طبیعی ☐ تحریک پذیر ☐ پر خاشگر ☐ سرخوشی (خلق بالا) ☐ سایر ☐ نام ببرید: عاطفه: متناسب ☐ نامتناسب ☐ کند ☐ محدود ☐ سطحی ☐ بی ثبات ☐ بی تفاوتی ☐ سایر ☐ نام ببرید: هذیان: دارد ☐ ندارد ☐ نوع هذیان: توهم: دارد ☐ ندارد ☐ نوع توهم: شنوایی ☐ بینایی ☐ بویایی ☐ سایر ☐ نام ببرید: ایلوژن: دارد ☐ ندارد ☐							
وضعیت آگاهی:							
اختلال موقعیت سنجی: غیر قابل ارزیابی ☐ ندارد ☐ دارد ☐ تمرکز: غیر قابل ارزیابی ☐ ندارد ☐ دارد ☐ اختلال حافظه: غیر قابل ارزیابی ☐ ندارد ☐ دارد ☐ بینش: غیر قابل ارزیابی ☐ ندارد ☐ نسبی ☐ دارد ☐ مشخص کنید: مکان ☐ زمان ☐ افراد ☐ مشخص کنید: فوری ☐ نزدیک ☐ دور ☐ سطح را مشخص کنید: ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐ ۴ ☐ ۵ ☐ ۶ ☐							
ارزیابی خطر آسیب به خود و دیگران:							
با توجه به سن تکاملی اطفال: غیر قابل ارزیابی ☐ قابل ارزیابی ☐ سابقه آسیب به خود (خود زنی): ندارد ☐ دارد ☐ سابقه آسیب به دیگران: ندارد ☐ دارد ☐ روش انجام خودکشی های قبلی: افکار خودکشی: ندارد ☐ دارد ☐ سابقه اقدام به خودکشی: ندارد ☐ دارد ☐ نیاز به ارزیابی مهار فیزیکی و شیمیایی: ندارد ☐ دارد ☐							
تاریخچه و سلامت و بیماری:							
شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار / والدین): علت بستری: ندارد ☐ دارد ☐ سابقه بیماری (جسم / روان / اختلال مادرزادی): ندارد ☐ دارد ☐ سابقه بیماری در خانواده (جسم / روان): ندارد ☐ دارد ☐ سابقه انجام واکسیناسیون در کودکان زیر ۵ سال (کپی کارت واکسن ضمیمه شود): کامل ☐ ناکامل ☐ 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: ۲- مشکلات خواب: ندارد ☐ دارد ☐ نام ببرید:							
حساسیت دارویی: خیر ☐ بله ☐ نمی داند ☐ نوع دارو: حساسیت غذایی: خیر ☐ بله ☐ نمی داند ☐ نوع غذا: حساسیت به سایر موارد را نام ببرید:							

فرم ارزیابی اولیه پرستاری کودک و نو جوان در بخش روان
INITIAL PSYCHIATRIC PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT FORM

محور		وجود مشکل / وضعیت خاص		ذکر مشکل یا وضعیت خاص		تشخیص پرستاری	
تنفس (الگوی تنفس / ترشحات /ال)		☐ خیر ☐ بله					
قلب و عروق (نبض و...)		☐ خیر ☐ بله					
پوست (حرارت، رطوبت، تمامیت، زخم و...)		☐ خیر ☐ بله					
گوارش و دفع (رژیم غذایی خاص / یبوست / اسهال / بی اختیاری ...)		☐ خیر ☐ بله					
ادراری (بی اختیاری / احتباس / دیزوری و...)		☐ خیر ☐ بله					
سایر سیستم ها		☐ خیر ☐ بله					
نام دارو		نام دارو		نام دارو		نام دارو	
نام دارو		نام دارو		نام دارو		نام دارو	
۱ - محدودیت ها (موارد زیر بر اساس سن بیمار ارزیابی می گردد): – شنوایی: غیر قابل ارزیابی ☐ خیر ☐ بله در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا – بینایی: غیر قابل ارزیابی ☐ خیر ☐ بله در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و چشم مبتلا – نقص و قطع عضو: ☐ خیر ☐ بله در صورت پاسخ بله ذکر نوع نقص و اندام مربوطه ۲- وسایل کمکی و پروتز ها: ☐ ندارد ☐ دارد بر اساس موارد زیر مشخص نمایید. عصا ☐ واکر ☐ ویلچر ☐ چوب زیربغل ☐ پروتز اندام ☐ پروتز چشمی ☐ سمعک ☐ عینک ☐ سایر ☐ نام بپريد: ۳- توانایی خواندن و نوشتن: ☐ بله ☐ خیر ۴- انجام فعالیت روزانه زندگی : 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) ☐ تحرك و جابجایی: ☐ مستقل ☐ وابسته (به دلیل سن تقویمی) ☐ وابسته (به دلیل ناتوانی) ☐		وزن (Kg) : ☐ قد (Cm): ☐ – 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 بیماریهای زیر را دارد: سوء تغذیه ☐ سرطان ☐ سوختگی ☐ بیماریهای کلیوی ☐ بیماریهای غدد و متابولیک ☐ بیماریهای گوارشی و کبدی ☐ کانديد عمل جراحی مازور ☐ – آیا کودک نیاز به مشاوره تغذیه دارد؟ ☐ خیر ☐ بله					
ارزیابی وضعیت تغذیه ای 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 خطر سقوط امتیاز احتمال خطر سقوط بر اساس مقیاس هامپی دامپی: ☐ احتمال خطر سقوط : ☐ ندارد ☐ دارد					
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		ارزش های مذهبی و فرهنگی والدین/ همراه بیمار که بر روی روند درمان یا آموزش تاثیر گذار باشد: ☐ بله ☐ خیر ☐ غیر قابل ارزیابی در صورت جواب بله توضیح دهید.					
نیازهای آموزشی خودمراقبتی بیمار آیا والدین/ همراه بیمار تمایل به یادگیری دارد؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت جواب خیر نزدیکترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش:..... ذکر نیازهای آموزشی بیمار و خانواده به بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده :		تعیین سطح مراقبت سطح ۱ ☐ سطح ۲ ☐ سطح ۳ ☐ سطح ۴ ☐ سطح ۵ ☐					
تاریخ ساعت پایان ارزیابی		نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار					