

INITIAL PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT SHEET

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family: نام پدر:
Date of Admission: تاریخ پذیرش در بخش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

اطلاعات باید

ساعت ورود به بخش: ساعت شروع ارزیابی: BP: PR: RR: T: علائم حیاتی بد ورود:

نحوه ورود: با پای خود صندلی چرخدار برانکار در آغوش سایر نام ببرید:

منبع اطلاعات: کودک والدین سایر نام ببرید:

لوله و اتصالات بیمار (IV، استومی و...) ذکر نام و محل:

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 چشمی: دارد ندارد

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 ۴- اختلال تکلم: لکت زبانی دیسفونی سایر

وضعیت عمومی

ظاهر کلی: مرتب ژولیده سایر نام ببرید:

در صورت وجود زخم و آثار جراحی، 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 سختی و سختی انعطاف مومی شکل تیک سایر نام ببرید:

بررسی وضعیت

خلقی / ادراکی

خلق: 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 آن:

* توهم: دارد ندارد نوع آن:

* شنوایی بینایی بویایی سایر نام ببرید:

آگاهی

* اختلال موقعیت سنجی: غیر قابل ارزیابی ندارد دارد مشخص کنید: مکان زمان افراد * تمرکز: غیر قابل ارزیابی دارد ندارد

* اختلال حافظه: غیر قابل ارزیابی ندارد دارد مشخص کنید: فوری نزدیک دور * بینش: غیر قابل ارزیابی دارد نسبی

ارزیابی خطر

و دیگران آسیب به خود

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 سابقه خودکشی: ندارد دارد

روشن انجام خودکشی های قبلی: افکار خودکشی: ندارد دارد نیاز به ارزیابی مهار فیزیکی و شیمیایی: ندارد دارد

تاریخچه سلامت و بیماری

شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار / والدین):

علت بستری (تشخیص اولیه پزشک معالج):

سابقه بستری: ندارد دارد تاریخ آخرین بستری:

سابقه بیماری (جسم / روان / احتلال مادرزادی) ندارد دارد در صورت داشتن سابقه نام بیماری:

سابقه بیماری در خانواده (جسم / روان): خیر بله نام بیماری / بیماریها:

سابقه انجام واکسیناسیون در کودکان زیر ۵ سال (کپی کارت واکسن ضمیمه شود): کامل نا کامل

عادات و عوامل خطر * سوء مصرف دارو سوء مصرف موادمخدر 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:

حساسیت ها

حساسیت دارویی: خیر بله نمی داند نوع دارو:

حساسیت غذایی: خیر بله نمی داند نوع غذا:

حساسیت به سایر موارد را نام ببرید:

ارزیابی سیستم ها

محور	وجود مشکل / وضعیت خاص	ذکر مشکل یا وضعیت خاص
تنفس (الگوی تنفس / ترشحات / رال ...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
قلب و عروق (نض و ...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
پوست (حرارت، رطوبت، تمامیت، زخم و ...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
گوارش و دفع (یبوست / اسهال / بی اختیاری ...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
ادراکی (بی اختیاری / احتیاس / دیزوری و ...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
سایر سیستم ها	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	

فرم ارزیابی اولیه پرستاری کودک و نوجوان در بخش روان
INITIAL PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT SHEET

	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو
سابقه دارویی						
ارزیابی تغذیه ای	۱- محدودیت ها (موارد زیر بر اساس سن بیمار ارزیابی می گردد): - شنوایی: غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا - بینایی: غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و چشم مبتلا - نقص و قطع عضو: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع نقص و اندام مربوطه ۲- وسایل کمکی و پروتزها: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> بر اساس موارد زیر مشخص نمایید. عضا <input type="checkbox"/> واکر <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/> چوب زیربغل <input type="checkbox"/> پروتز اندام <input type="checkbox"/> پروتز چشمی <input type="checkbox"/> سمعک <input type="checkbox"/> عینک <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید: *۳- انجام فعالیت روزانه زندگی: غذا خوردن: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/> لباس پوشیدن: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/> حمام کردن: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/> دستشویی رفتن: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/> تحرک و جابجایی: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/> وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>					
	وزن (Kg): <input type="checkbox"/> قد (Cm): <input type="checkbox"/> مکمل های مورد استفاده: مولتی ویتامین / Vit A&D <input type="checkbox"/> مکمل آهن <input type="checkbox"/> سایر مکمل ها <input type="checkbox"/>					
	- در سن ۵ زیر ۵ سال: زد اسکور وزن برای قد کودک در چه محدوده ای قرار دارد؟ کمتر از -۲ <input type="checkbox"/> بیشتر از +۲ <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/>					
	- در سن بالای ۵ سال: زد اسکور نمایه توده بدنی کودک در چه محدوده ای قرار دارد؟ کمتر از -۲ <input type="checkbox"/> بیشتر از +۲ <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/>					
	- آیا کودک طی ۳ ماه اخیر کاهش وزن یا عدم افزایش وزن داشته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
	- آیا کودک دچار بی اشتها یا کاهش مصرف غذا می باشد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
	- آیا کودک رژیم غذایی خاصی دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورتی که پاسخ بله است نوع آن درج گردد:					
	کودک کدامیک از شرایط یا بیماریهای زیر را دارد: سوءتغذیه <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> سوختگی <input type="checkbox"/> بیماریهای کلیوی <input type="checkbox"/> بیماری های غدد و متابولیک <input type="checkbox"/> بیماری های گوارشی و کبدی <input type="checkbox"/> کاندید عمل جراحی مازور <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/>					
	*نتیجه ارزیابی: مراجعه کارشناس تغذیه لازم است: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> * در صورت وجود هر یک از شرایط زیر، اطلاع رسانی به کارشناس تغذیه جهت انجام مشاوره با اطلاع پزشک، لازم است: زد اسکور کمتر از -۲ یا بیشتر از +۲ در هر گروه سنی، پاسخ بله به یکی از سوالات و یا وجود یکی از بیماری ها با شرایط فوق الذکر					
	ارزیابی احتمال ابتلا به زخم فشاری	در صورت وجود زخم فشاری موقعیت آناتومیک آن بر اساس راهنما قید شود. احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>				
ارزیابی احتمال سقوط	احتمال خطر سقوط: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>					
غربالگری و بررسی تسکینی	چهره کودک منطبق بر کدام شکل های زیر است؟ 0 None 1 2 Mka 3 4 5 Moderato 6 7 8 Severa 9 10 (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) No Hurt Hurts little bit Hurts little more Hurts even more Hurts whole lot Hurts worst روش های تسکین درد: <input type="checkbox"/> دارویی (ذکر نام دارو) <input type="checkbox"/> غیردارویی (ذکر روش) <input type="checkbox"/>					
نشانه های کودک آزاری	نشانه های کودک آزاری: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> 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... ذکر شود					
ارزیابی نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی	*بیمار جزء گروه های پرخطر اجتماعی (رجوع به راهنما) می باشد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> *مشکل در پرداخت هزینه های درمان (مصدومین ترافیکی، مصدومین شغلی، فاقد بیمه، اتباع غیر ایرانی): دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> *حضور همراه موثر: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نسبت با بیمار: *ارجاع از ارگانهای قضایی و حمایتی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> *بدون مشکل <input type="checkbox"/>					
ارزشهای مذهبی	ارزشهای مذهبی و فرهنگی والدین / همراه بیمار که بر روی روند درمان یا آموزش تاثیر گذار باشد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> در صورت جواب بله توضیح دهید.					
نیازهای آموزشی خود مراقبتی بیمار	آیا والدین / همراه بیمار تمایل به یادگیری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا والدین / همراه بیمار توانایی یادگیری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت جواب خیر نزدیکترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش: موانع یادگیری وجود دارد: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> (در صورت بله موارد مشخص شود) ذکر نیازهای آموزشی بیمار و خانواده در بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده:					
بررسی بیشتر	آیا بیمار نیاز به بررسی های جامع تر دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> (در صورت بله موارد مشخص شود) مددکاری <input type="checkbox"/> تغذیه ای <input type="checkbox"/> بازتوانی <input type="checkbox"/> روانپزشکی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>					
سطح مراقبتی	سطح ۱ <input type="checkbox"/> سطح ۲ <input type="checkbox"/> سطح ۳ <input type="checkbox"/> سطح ۴ <input type="checkbox"/> سطح ۵ <input type="checkbox"/>					
تشخیص های پرستاری بدو ورود با توجه به ارزیابی اولیه:						
۱-						
۲-						
۳-						
نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار ساعت پایان ارزیابی تاریخ						