



## فرم ارزیابی اولیه بیمار

### Primary patient assessment form



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

|                      |              |                |             |                |               |                |               |
|----------------------|--------------|----------------|-------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
| Attending Physician: | پزشک معالج:  | Ward:          | بخش:        | Name:          | نام:          | Unit number:   | شماره پرونده: |
|                      |              | Room:          | اتاق:       |                |               |                |               |
|                      |              | Bed:           | تخت:        |                |               |                |               |
| Date of Admission:   | تاریخ پذیرش: | Date of Birth: | تاریخ تولد: | Family s Name: | نام خانوادگی: | Father s Name: | نام پدر:      |
| Time of Admission:   | ساعت پذیرش:  |                |             |                |               |                |               |

|  |  |               |
|--|--|---------------|
|  | <p>ساعت پذیرش: ..... جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> تابعیت: ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/></p> <p>نحوه ورود: با پای خود <input type="checkbox"/> صندلی چرخدار <input type="checkbox"/> برانکاردر <input type="checkbox"/> سایر روش های ورود .....<br/>         علائم حیاتی: BP: ..... T: ..... RR: ..... PR: .....<br/>         ارجاع از: مطب <input type="checkbox"/> درمانگاه <input type="checkbox"/> اورژانس <input type="checkbox"/> اتاق عمل <input type="checkbox"/> بخش ویژه <input type="checkbox"/> بیمارستان دیگر <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> سایر موارد .....<br/>         تحصیلات بیمار: دارد <input type="checkbox"/> (میزان تحصیلات: ..... ) ندارد <input type="checkbox"/><br/>         وضعیت تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> شغل: .....</p> | اطلاعات بیمار |
|--|--|---------------|

|  |  |                   |
|--|--|-------------------|
|  | <p>تحت پوشش بیمه: بلی <input type="checkbox"/> (نوع بیمه: .....، نوع بیمه تکمیلی: ..... ) خیر <input type="checkbox"/><br/>         سیستم حمایتی: خانواده <input type="checkbox"/> دوستان <input type="checkbox"/> بهزیستی <input type="checkbox"/> کمیته امداد <input type="checkbox"/> خیرین <input type="checkbox"/> زندان <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/></p> | ارزیابی مداخله‌گر |
|--|--|-------------------|

|  |  |                  |
|--|--|------------------|
|  | <p>سطح هوشیاری: هوشیار <input type="checkbox"/> خواب‌آلود <input type="checkbox"/> گیج <input type="checkbox"/> بیقرار <input type="checkbox"/> بدون پاسخ <input type="checkbox"/><br/>         زبانی که صحبت می‌کند: فارسی <input type="checkbox"/> سایر زبان‌ها <input type="checkbox"/> نوع زبان: ..... نحوه صحبت کردن: واضح <input type="checkbox"/> اشکال در تکلم <input type="checkbox"/> عدم توانایی در صحبت کردن <input type="checkbox"/><br/>         GCS: (EYE: ..... + VERBAL: ..... + MOTOR: ..... = TOTAL SCORE.....)</p> | ارزیابی و پیگیری |
|--|--|------------------|

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>علت بستری بر اساس شرح حال بیمار: .....<br/>         سابقه بستری قبلی در بیمارستان: خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> علت بستری: .....<br/>         سابقه عمل جراحی: خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نوع جراحی: .....</p> |  |
|--|---|--|

|  |  |                |
|--|--|----------------|
|  | <p>برنامه ارتقاء سلامت:<br/>         مصرف دخانیات: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> قبلاً مصرف می‌کرده است <input type="checkbox"/> نوع مصرف: ..... میزان مصرف: ..... مدت مصرف: .....<br/>         مصرف مشروبات الکلی و داروهای روان گردان: خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> قبلاً مصرف می‌کرده است <input type="checkbox"/><br/>         نوع داروی مصرفی: ..... میزان مصرف: ..... مدت مصرف: .....<br/>         برنامه ورزشی منظم: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> خواب و استراحت: طبیعی <input type="checkbox"/> مشکلات خواب <input type="checkbox"/> نوع مشکل: .....<br/>         رژیم غذایی خاص: ..... حساسیت: خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نوع حساسیت: (غذایی، دارویی و ...): .....</p> | تاریخچه سلامتی |
|--|--|----------------|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>سوابق بیماری:<br/>         سکتة قلبی <input type="checkbox"/> نارسایی قلبی <input type="checkbox"/> فشارخون بالا <input type="checkbox"/> چربی خون بالا <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> سکتة مغزی <input type="checkbox"/> بیماریهای تنفسی <input type="checkbox"/> پوکی استخوان <input type="checkbox"/><br/>         بیماریهای کلیه <input type="checkbox"/> بیماریهای اعصاب و روان <input type="checkbox"/> تشکیل لخته در عروق پاها یا ریه‌ها <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/> بیماری عفونی <input type="checkbox"/> بیماری تیروئید <input type="checkbox"/><br/>         بیماری گوارشی - کبدی <input type="checkbox"/> سابقه خودکشی <input type="checkbox"/> سرطان (نوع سرطان: ..... ) <input type="checkbox"/> سایر .....<br/>         سابقه تزریق خون: خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> آخرین سابقه تزریق خون: .....<br/>         سابقه بیماری خاص در خانواده: خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نام بیماری: ..... نسبت با فرد مبتلا: .....</p> |  |
|--|--|--|

|     |      |     |                        |  |  |
|-----|------|-----|------------------------|--|--|
|     | وزن: | قد: | نمایه توده بدنی (BMI): |  |  |
| خیر | بلی  |     |                        |  |  |
|     |      |     |                        |  | آیا نمایه توده بدنی بیمار کمتر از ۲۰/۵ می‌باشد؟  |
|     |      |     |                        |  | آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته بیش از ۵٪ کاهش وزن ناخواسته باشد؟   |
|     |      |     |                        |  | آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی‌اشتهایی یا کاهش مصرف غذا به هر دلیل شده است؟   |
|     |      |     |                        |  | نتیجه غربالگری نوبت اول: تکمیل فرم ارزیابی تخصصی وضعیت تغذیه لازم است <input type="checkbox"/> تکرار غربالگری بعد از یک هفته لازم است <input type="checkbox"/> |

ارزیابی تغذیه‌ای

|  |          |          |          |          |          |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| سابقه مصرف دارو: خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> |          |          |          |          |          |
| نام دارو   | دوز مصرف | مدت مصرف | نام دارو | دوز مصرف | مدت مصرف |
|  |          |          |          |          |          |
|  |          |          |          |          |          |
|  |          |          |          |          |          |

ارزیابی دارویی

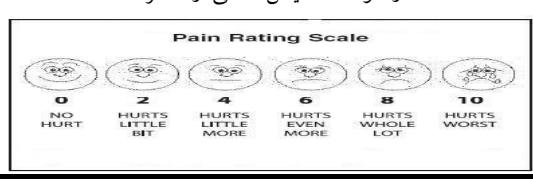
مشکل شنوائی: خیر  بلی  گوش راست  گوش چپ  سمعک   
 مشکل بینائی: خیر  بلی  نایبائی  کم بینائی  عینک  لنز تماسی   
 نقص و قطع عضو: خیر  بلی  استفاده از عصا  واکر  ویلچر  چوب زیر بغل  پروتز   
 توانائی انجام کار روزانه: بلی  خیر  وابسته به همراه  میزان وابستگی: .....  
 استفاده از اکسیژن در خانه: بلی  خیر   
 داشتن: درن  گچ  آتل  پانسمان  بخیه  شنت  کلتومی  تراکشن  لوله تراشه  سایر الحاقات با ذکر نام: ..... محل آن: .....

محدود دیدنها و ناتوانیها

|                            |             |            |               |                      |        |                        |   |
|----------------------------|-------------|------------|---------------|----------------------|--------|------------------------|---|
| ارزیابی زخم بستر<br>BRADEN | سطح هویشاری | رطوبت پوست | فعالیت فیزیکی | توانائی تغییر پوزیشن | تغذیه  | اصطکاک و سایش پوست بدن | ریسک بالا = ۱۲ و کمتر از ۱۲<br>ریسک متوسط = ۱۴-۱۲<br>ریسک پایین = ۱۶-۱۵ |
|                            | ۴ تا ۱      | ۴ تا ۱     | ۴ تا ۱        | ۴ تا ۱               | ۴ تا ۱ | ۳ تا ۱                 |   |
|                            |             |            |               |                      |        |                        | امتیاز کل:  |

|                                     |  |     |    |                            |  |  |  |            |
|-------------------------------------|--|-----|----|----------------------------|--|--|--|------------|
| ارزیابی احتمال سقوط از تخت<br>MORSE | سابقه سقوط قبلی                                  | بله | ۲۵ | استفاده از وسایل کمک حرکتی | کمک گرفتن از وسایل داخل اتاق (صندلی و کمد و ...)                                     | ۳۰   | ریسک بالا = ۴۵ و بالاتر<br>ریسک متوسط = ۴۴-۲۵<br>ریسک پایین = ۲۴-۰ |            |
|                                     |  | خیر | ۰  |                            | استفاده از عصا، واکر، عصای زیر بغل   | ۱۵   |  |            |
|                                     | تشخیص ثانویه (سن، سابقه بیماری، مصرف دارو و ...) | بله | ۱۵ |                            | بی حرکت، استراحت مطلق، گرفتن از پرستار، حرکت مستقل (بدون استفاده از وسیله کمک حرکتی) | ۰  | مختل (غیر متعادل، مشکل در بلند شدن)                                | ۲۰         |
|                                     |  | خیر | ۰  |                            |  | وضعیت حرکتی (الگوی گام برداشتن و حرکت)     |  | ۱۰         |
|                                     | IV درمانی (انفوزیون سرم، دارو و ...)             | بله | ۲۰ |                            | وضعیت حرکتی (الگوی گام برداشتن و حرکت)   | استراحت مطلق، بدون حرکت، طبیعی (بدون مشکل) | ۰  | امتیاز کل: |
|                                     |  | خیر | ۰  |                            |  | فراموش کردن محدودیت های حرکتی              | ۱۵   |            |

در صورت وجود درد از ۰ تا ۱۰ چه نمره ای به درد خود می دهید؟ ..... محل درد: ..... نوع درد: حاد  مزمن  شدت درد: خفیف  متوسط  شدید   
 طول مدت درد: متناوب  مداوم  تاثیر درد بر فعالیت: دارد  ندارد  عوامل فزاینده درد: ..... عوامل کاهشنده درد: .....  
 روش های تسکین درد: غیر دارویی  نوع روش: ..... دارویی  نام دارو: .....  
 در کودکان مقیاس شکلی ارائه گردد.



سطح مراقبتی بیمار: یک  دو  سه  چهار  پنج

تشخیص های پرستاری به ترتیب اولویت:

نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار: