

INITIAL PSYCHIATRIC PATIENT ASSESSMENT SHEET

شماره پرونده: Unit No:

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

ساعت ورود به بخش: ساعت شروع ارزیابی:

میزان تحصیلات: **دین:**

وضعیت تاهل: مجرد متاهل مطلقه سایر

منبع اطلاعات: بیمار خانواده (با ذکر نسبت)

مشخصات فردی که در مواقع ضروری بتوان با او تماس گرفت (نام، نسبت و شماره تماس):

علائم حیاتی بدو ورود: T: RR: PR: BP:

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

مراجعه از: مطب پزشک اورژانس درمانگاه بیمارستان دیگر منزل مراجع قضایی سایر موارد

نحوه ورود: با پای خود صندلی چرخدار برانکاردر سایر نام ببرید:

بیماران خانم: وضعیت بارداری: بله خیر وضعیت شیردهی در بیمار خانم: بله خیر

سطح هوشیاری: هوشیار گیج خواب آلوده بدون پاسخ سایر نام ببرید:

ارتباط چشمی: دارد ندارد همکاری: دارد ندارد یا ذکر دلیل:

زبان و نوع گویش: نیاز به مترجم دارد: بله خیر

ارتباط کلامی: ۱- تن صدا: طبیعی بلند آهسته ۲- سرعت تکلم: طبیعی زیاد کم یا تاخیر فشار تکلم

۳- میزان تکلم: طبیعی پرحرف کم حرف قفر کلام خاموشی سایر

۴- اختلال تکلم: لکنت زبان دیسفونی سایر

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 سفتی و سختی انعطاف مومی شکل تیک سایر نام ببرید:

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: دارد ندارد * نوع آن: *

*** توهم:** دارد ندارد * نوع آن: شنوایی بینایی بویایی سایر توضیح دهید:

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

*** اختلال حافظه:** ندارد دارد مشخص کنید: فوری نزدیک دور * پیش: ندارد دارد توضیح دهید:

سابقه آسیب به خود (خود زنی): ندارد دارد سابقه آسیب به دیگران: ندارد دارد سابقه اقدام به خودکشی: ندارد دارد

روش انجام خودکشی های قبلی:

افکار خودکشی: ندارد دارد نیاز به ارزیابی مهار فیزیکی و شیمیایی: ندارد دارد

شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار و یا خانواده بیمار): **علت بستری (تشخیص اولیه پزشک معالج):**

سابقه بستری: ندارد دارد تاریخ آخرین بستری:

سابقه بستری: ندارد دارد علت 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:

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 دارویی: خیر بله نمى داند نوع دارو:

حساسیت غذایی: خیر بله نمى داند نوع غذا:

*** نوع واکنش:**

*** نوع واکنش:**

محرور	وجود مشکل / وضعیت خاص	ذکر مشکل یا وضعیت خاص
تنفس (الگوی تنفس / ترشحات / آل...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
قلب و عروق (نبض و...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
پوست و مو (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"/>	
ادراری (بی اختیاری / احتباس / دیزوری و...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
سایر سیستم ها	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	

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

نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	ارزیابی سابقه دارویی
<p>۱- محدودیت ها:</p> <p>شنوایی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا:</p> <p>بینایی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و چشم مبتلا:</p> <p>نقص و قطع عضو: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع نقص و اندام مربوطه: (نام ببرید)</p> <p>۳- وسایل کمکی و پروتزها: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> بر اساس موارد زیر مشخص نمایید.</p> <p>عصا <input type="checkbox"/> واکر <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/> چوب زیربغل <input type="checkbox"/> پروتز اندام <input type="checkbox"/> دندان مصنوعی <input type="checkbox"/> پروتز چشمی <input type="checkbox"/> سمعک <input type="checkbox"/> عینک <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید:</p> <p>۲- انجام فعالیت روزانه زندگی:</p> <p>غذا خوردن: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک)</p> <p>لباس پوشیدن: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک)</p> <p>استحمام: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک)</p> <p>دستشویی رفتن: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک)</p> <p>تحرك و جابجایی: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک)</p>						
وزن:		قد:		نمایه توده بدنی بزرگسال (BMI):		وضعیت ارزیابی:
(۱) آیا در بیمار بزرگسال، BMI کمتر از ۲۰ است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> غیر قابل ارزیابی / آیا در بیمار ۱۸-۱۲ سال، زد اسکور نمایه توده بدنی کمتر از ۲- و یا بیشتر از ۲+ است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>						
(۲) آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته کاهش وزن ناخواسته داشته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>						
(۳) آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی اشتهایی یا کاهش دریافت غذا به هر دلیل شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>						
(۴) آیا بیماری فرد از نوع بیماریهای ویژه (رجوع به راهنما) است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>						
<p>نتیجه ارزیابی: *ارجاع به 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"/></p> <p>*در صورتی که حتی یک «بله» در جدول علامت خورده باشد یا بیمار بیش از یک هفته در بیمارستان بستری باشد لازم است با اطلاع پزشک، اطلاع رسانی به کارشناس تغذیه برای مشاوره و ارزیابی تخصصی انجام شود. در مادران باردار علاوه بر موارد فوق، وجود دیابت، پره اکلامسی و اکلامسی (فشار خون بالا) مورد تاکید است.</p>						
*در صورت وجود زخم فشاری موقعیت آناتومیک آن ذکر شود:						*ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری
احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد						
احتمال خطر سقوط: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد						ارزیابی احتمال خطر سقوط
<p>در صورت وجود درد از صفر تا ده نمره درد بیمار چند است؟</p> <p>محل درد:</p> <p>طول مدت: مداوم <input type="checkbox"/> متناوب <input type="checkbox"/></p> <p>روش های تسکین درد:</p> <p>دارویی (ذکر نام دارو):</p> <p>غیر دارویی ذکر روش:</p>						غریبالگری و بررسی درد
<p>*بیمار جزء گروه های پرخطر اجتماعی می باشد (رجوع به راهنما): بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>*مشکل در پرداخت هزینه های درمان (مصدومیان ترافیکی، مصدومین شغلی، فاقد بیمه، اتباع غیر ایرانی): ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p> <p>*حضور همراه موثر: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نسبت به بیمار:</p> <p>*بدون مشکل <input type="checkbox"/></p>						*ارزیابی نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی
<p>ارزشهای مذهبی و فرهنگی بیمار / خانواده که بر روی روند درمان یا آموزش تاثیر گذار باشد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت جواب بله توضیح دهید:</p>						ارزش های مذهبی و فرهنگی
<p>آیا بیمار تمایل به یادگیری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا بیمار توانایی یادگیری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت جواب خیر نزدیکترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش:</p> <p>موانع یادگیری: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام ببرید:</p> <p>ذکر نیازهای آموزشی بیمار در بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده:</p>						نیاز های آموزشی و خود مراقبتی
<p>آیا بیمار نیاز به بررسی های جامع تر ذیل دارد (در صورت بله موارد مشخص شود)؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></p> <p>مددکاری <input type="checkbox"/> تغذیه ای <input type="checkbox"/> بازتوانی <input type="checkbox"/> روانپزشکی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/></p>						بررسی بیشتر
<p>تشخیص های پرستاری بدو ورود با توجه به ارزیابی اولیه:</p> <p>۱- ۲- ۳-</p>						
<p>نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار ساعت پایان ارزیابی تاریخ</p>						