

INITIAL NURSING ASSESSMENT SHEET

شماره پرونده: .....  
Unit No: .....

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

**اطلاعات پایه**

**ساعت ورود به بخش:** .....  
**ساعت شروع ارزیابی:** .....  
**میزان تحصیلات:** .....  
**دین:** .....  
**وضعیت تاهل:** مجرد  متاهل  سایر  نام ببرید .....  
**بیماران خانم:** وضعیت بارداری: بله  خیر   
**وضعیت شیر دهی:** بله  خیر   
**منبع اطلاعات:** بیمار  همراه  (با ذکر نسبت) .....  
**مشخصات فردی که در مواقع ضروری به توان با او تماس گرفت (نام و شماره تماس):** .....  
**علائم حیاتی بدو ورود:** T: ..... RR: ..... PR: ..... BP: .....  
**نحوه ورود:** با پای خود  صندلی پرخدار  برانکار  سایر  نام ببرید .....  
**لوله و اتصالات بیمار (IV، استومی، لوله تراشه و...):** ذکر نام و محل .....

**وضعیت ارتباطی**

**سطح هوشیاری:** هوشیار  خواب آلوده  گیج  بدون پاسخ  آگاهی به زمان و مکان و شخص: دارد  ندارد   
**زبان و نوع گویش:** ..... نیاز به مترجم دارد: بله  خیر   
**نحوه صحبت کردن:** واضح  اشکال در تکلم  عدم توانایی در صحبت کردن  با اشاره   
**وضعیت همکاری:** دارد  ندارد  با ذکر دلیل .....

**بررسی تاریخچه سلامت و بیماری**

**شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار):** .....  
**علت بستری (تشخیص اولیه پزشک معالج):** .....  
**تاریخ آخرین بستری:** .....  
**علت آخرین بستری:** .....  
**سابقه بستری:** دارد  ندارد   
**سابقه جراحی:** دارد  ندارد  ذکر نوع عمل جراحی: .....  
**سابقه بیماری (جسمی / روانی / اختلال مادر زادی):** ندارد  دارد  در صورت داشتن سابقه نام بیماری: .....  
**سابقه بیماری در خانواده (جسمی و روانی):** خیر  بله  نام بیماری: ..... نسبت فرد با بیمار ذکر شود.....  
**سابقه ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی:** خیر  بله  سابقه واکنش به فرآورده های خونی: خیر  بله  ذکر نوع واکنش: ..... نمی داند   
**عادات و عوامل خطر:** سوء مصرف دارو  سوء مصرف موادمخدر  مصرف الکل  مصرف سیگار  مصرف قلیان  سابقه کار با مواد شیمیایی  سابقه کار در معدن   
**داشتن حیوان خانگی:** سایر  نام ببرید: .....  
**خواب و استراحت:** ۱- میزان خواب: طبیعی  کمتر از حد طبیعی (کمتر از ۵ ساعت)  بیشتر از حد طبیعی (بیشتر از ۸ ساعت)   
**مشکلات خواب:** ندارد  دارد  نام ببرید: .....

**حساسیتها**

**حساسیت دارویی:** خیر  بله  نمی داند  نوع دارو: .....  
**حساسیت غذایی:** خیر  بله  نمی داند  نوع غذا: .....  
**\*نوع واکنش:** .....  
**\*نوع واکنش:** .....

**ارزیابی سیستم ها**

۱. **عصبی:** سرگیجه  عدم تعادل  سردرد  تشنج  کرخی و بیحسی  مردمک ها: قرینه  غیر قرینه  سایر توضیحات: .....  
 ۲. **قلبی و عروقی:** نبض: سینوسی  تاکی کاردی  برادیکاری  سیانوز  واریس  ادم  سایر توضیحات: .....  
 ۳. **تنفسی:** بدون مشکل  تنفس عمیق  سریع  سطحی  آپنه  سرفه  خلط  دیس پنه  در زمان استراحت  ارتوپنه  سیانوز  هموپتری  کلاپینگ  اکسیژن ترایی  سایر توضیحات: .....  
 ۴. **گوارشی:** رژیم غذایی خاص: خیر  بله  نام ببرید ..... شکایت از: تهوع  استفراغ  اختلال بلع  اسهال  یبوست  نفخ  سایر توضیحات: .....  
 ۵. **ادراری تناسلی:** بدون مشکل  پلی اوری  اولیگوری  سوزش ادرار  تکرر ادرار  هماجوری  عفونت  دیالیز  سایر موارد  نام ببرید: .....  
 ۶. **پوست:** بدون مشکل  رنگ پوست: سیانوز  زرد  درجه حرارت پوست: گرم  سرد  تعریق  تورگور پوست: طبیعی  ضعیف  زخم  ترشحات  سایر توضیحات: .....  
 ۷. **اسکلتی عضلانی:** بدون مشکل  گزگز  فلج  اسکلیوز  سایر توضیحات: .....  
 ۸. **روحی و روانی:** ظاهر کلی: مرتب  ژولیده  سایر  نام ببرید: ..... آیا ظاهر کلی بیمار با سن تقویمی او تناسب دارد: بله  خیر   
**وضعیت رفتاری:** آرام  بی قرار  پرخاشگر  سایر: ..... سابقه اقدام به خودکشی: دارد  ندارد  سابقه آسیب به خود و دیگران: دارد  ندارد   
 ۹. **سایر سیستم ها:** وجود مشکل: بله  خیر  ذکر سیستم و مشکل: .....

نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو

فرم ارزیابی اولیه پرستاری  
INITIAL NURSING ASSESSMENT SHEET

محدودیت ها	<p><b>۱ - محدودیت ها:</b></p> <p><b>شنوایی:</b> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ به ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا:</p> <p><b>بینایی:</b> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ به ذکر نوع محدودیت و چشم مبتلا:</p> <p><b>نقص و قطع عضو:</b> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ به ذکر نوع نقص و اندام مربوطه: (نام ببرید)</p> <p><b>۲- وسایل کمکی و پروتزها:</b> 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"/> سمک <input type="checkbox"/> عینک <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> با ذکر نام .....</p> <p><b>۳- توانایی استفاده از زنگ احضار پرستار:</b> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p><b>۴- انجام فعالیت روزانه زندگی:</b></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>تحرک و جابجایی: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک)</p>
	<p><b>وزن:</b> <input type="checkbox"/> <b>قد:</b> <input type="checkbox"/> <b>نمایه توده بدنی بزرگسال (BMI):</b> <input type="checkbox"/> <b>زد اسکور نمایه توده بدنی (کمتر از ۱۹ سال):</b> <input type="checkbox"/></p> <p>(۱) آیا در بیمار بزرگسال، BMI کمتر از ۲۰ است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> در بیمار کمتر از ۱۹ سال، زد اسکور نمایه توده بدنی کمتر از ۲- یا بیشتر از ۲+ است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>(۲) آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته <b>کاهش وزن ناخواسته</b> داشته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>(۳) آیا بیمار طی هفته گذشته <b>دچار بی اشتها</b> یا <b>کاهش دریافت غذا</b> به هر دلیل شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>(۴) آیا بیماری فرد از نوع <b>بیماریهای ویژه</b> (رجوع به راهنما) است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p><b>نتیجه ارزیابی:</b> *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 اکلامپسی و اکلامپسی (فشار خون بالا) مورد تاکید است</p>
ارزیابی وضعیت تغذیه ای	<p>*ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری</p> <p>احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>
	<p>احتمال خطر سقوط: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>
غریبالگری و بررسی درد	<p>در صورت وجود درد از صفر تا ده نمره درد بیمار چند است؟</p> <p>محل درد: .....</p> <p>طول مدت: <input type="checkbox"/> مداوم <input type="checkbox"/> متناوب</p> <p>روش های تسکین درد: دارویی (ذکر نام دارو): .....</p> <p>غیردارویی ذکر روش: .....</p> <p>تاثیر درد روی فعالیت بیمار: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p>
	<p>*ارزیابی نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی</p> <p>*بیمار جزء گروه های پرخطر اجتماعی (رجوع به راهنما) می باشد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>*مشکل در پرداخت هزینه های درمان (مصدومین ترافیکی، مصدومین شغلی، فاقد بیمه، اتباع غیر ایرانی): <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>*حضور همراه موثر: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>*ارجاع از ارگانهای قضایی و حمایتی: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>*بدون مشکل <input type="checkbox"/></p>
ارزش های مذهبی و فرهنگی	<p>ارزشهای مذهبی و فرهنگی بیمار / خانواده که بر روی روند درمان یا آموزش تاثیر گذار باشد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت جواب بله توضیح دهید.</p>
	<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"/> در صورت جواب خیر نزدیکترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش: .....</p> <p>موانع یادگیری: <input type="checkbox"/> 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>
بررسی بیشتر	<p>آیا بیمار نیاز به بررسی های جامع تر ذیل دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <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"/></p>
	<p>سطح مراقبتی <input type="checkbox"/> 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"/></p>
تشخیص های پرستاری بدو ورود با توجه به ارزیابی اولیه:	<p>۱- ۲- ۳-</p>
	<p>نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار ساعت پایان ارزیابی تاریخ</p>