

دستورالعمل نحوه تکمیل فرم «ارزیابی اولیه پرستار»

فرمهای ارزیابی اولیه پرستار بایستی بر اساس خط مشی های موجود در هر بیمارستان حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از بستری بیمار در کلیه بخشهای بیمارستانی و حداکثر تا ۶ ساعت در بخش اورژانس (مطابق سنجه ۵-۶ بخش های بالینی) تکمیل و در پرونده بیمار قرار گیرد. تکمیل کننده این فرم می بایست پس از معرفی خود و کسب اجازه از بیمار/ همراهان (طبق خط مشی های موجود) با استفاده از تکنیکهای مصاحبه، مشاهده و بررسی اطلاعات لازم را جمع اوری و ثبت نماید. لازم به ذکر است جدول ارزیابی سلامت جسمی- روانی بیمار در اتاق عمل نیز در انتهای فرم قرار گرفته که این قسمت فرم نیز بر اساس خط مشی های موجود در اتاق عمل بیمارستانها تکمیل خواهد شد. بصورت قراردادی در این فرمها زدن علامت ☒ نشاندهند پاسخ مثبت و علامت ☐ نشانه عدم وجود یا پاسخ منفی می باشد.

اطلاعات پایه:

در این قسمت مسئول تکمیل فرم اطلاعات پایه و اساسی را در مورد بیمار ثبت میکند. تاریخ و ساعت پذیرش، علائم حیاتی و *GCS، نحوه ورود و منبعی که اطلاعات را در اختیار تکمیل کننده قرار میدهد، همچنین محلی که بیمار از آنجا ارجاع شده مشخص می گردد. وضعیت تاهل، تحصیلات و شغل بیمار و وضعیت خلقی بیمار در هنگام جمع آوری اطلاعات مشخص و ثبت میگردد. این اطلاعات به ارزیاب در تعیین نیازهای آموزشی یا سیستم ها حمایتی کمک خواهد نمود.

* جدول محاسبه GCS با توجه به سن بیمار

GCS		از یک ماه تا یک سالگی		۵-۱ سال		بزرگسال	
EYE	خودبخودی	۴	خودبخودی	۴	خودبخودی	۴	خودبخودی
	با داد زدن	۳	با درخواست کلامی	۳	در واکنش به صدا	۳	در واکنش به صدا
	با تحریک دردناک	۲	با تحریک دردناک	۲	با تحریک دردناک	۲	با تحریک دردناک
	بدون پاسخ	۱	بدون پاسخ	۱	بدون پاسخ	۱	بدون پاسخ
VERBAL	گریه یا خنده بچگانه	۵	عبارات نامناسب	۵	آگاه و هوشیار	۵	آگاه و هوشیار
	گریه	۴	کلمات نامناسب	۴	گیجی و کلمات نامناسب	۴	گیجی و کلمات نامناسب
	گریه نامناسب	۳	گریه	۳	پاسخ نامناسب	۳	پاسخ نامناسب
	خرخر	۲	خرخر	۲	صدای غیر قابل تشخیص	۲	صدای غیر قابل تشخیص
	بدون پاسخ	۱	بدون پاسخ	۱	بدون پاسخ	۱	بدون پاسخ
MOTOR	حرکات خودبخود طبیعی	۶	اجرای دستورات	۶	اجرای دستورات	۶	اجرای دستورات
	تشخیص محل درد	۵	تشخیص محل درد	۵	تشخیص محل درد	۵	تشخیص محل درد
	دور کردن از محل درد	۴	دور کردن از محل درد	۴	دور کردن از محل درد	۴	دور کردن از محل درد
	خم کردن غیر طبیعی	۳	دکورتیکه	۳	دکورتیکه	۳	دکورتیکه
	باز کردن اندام ها	۲	دسربره	۲	دسربره	۲	دسربره
	بدون پاسخ	۱	بدون پاسخ	۱	بدون پاسخ	۱	بدون پاسخ

ارزیابی مددکاری:

در این قسمت ابتدا سیستم ها حمایتی مورد سؤال هستند که بیمار ممکن است چند مورد از آنها را داشته باشد و در صورت داشتن بیمه نوع آن مشخص میگردد. نگرانی ها بیمار در طول بستری نیز تعیین میگردد. چنانچه بیمار سرپرست خانوار، ساکن بهزیستی، زندان یا زندان است مشخص شده و نیز محل زندگی و شغل بیمار مشخص می گردد.

وضعیت ارتباطی:

در این قسمت وضعیت هوشیاری، همکاری، زبان و نحوه تکلم بیمار در صورت امکان مشخص میگردد.

حساسیت:

سابقه حساسیت بیمار به دارو، غذا یا فصل خاص مشخص و نوع واکنش بیمار سؤال و ثبت میگردد.

تاریخچه سلامتی:

در این قسمت دلیل بستری را از نظر بیمار ثبت و سپس سوابق بیماری، عمل جراحی و ترانسفوزیون خون بر اساس فرمتی که قبلا بیان شده بود مشخص می گردد، مصرف سیگار و الکل، نحوه خواب و استراحت، واکسیناسیون و سابقه بیماری در خانواده نیز ثبت می گردد.

ارزیابی مامایی:

اطلاعات تکمیلی جهت بیماران خانم در خصوص شیردهی، بارداری، تاریخ LMP و روش پیشگیری ثبت میگردد.

ارزیابی نوزاد:

در این قسمت موارد مربوط به زمان تولد نوزاد مانند سن حاملگی مادر در زمان تولد، آپگار دقیقه ۱ و ۵، وزن زمان تولد، قد و دورسر ثبت میگردد. علت بستری و نحوه تولد و آنومالی تکمیل گردد.

محدودیتها و توانائیهها:

مشکلات شنوایی، بینایی، خواندن و نوشتن، نقص یا قطع عضو، استفاده از عصا یا سایر وسایل کمکی مورد بررسی و ثبت می شوند و همچنین توانایی انجام کار، وجود یا عدم وجود دندان مصنوعی و استفاده از اکسیژن در منزل و وجود درن و یا سوند و... در این قسمت ثبت می شوند.

ارزیابی زخم بستر:

در این جدول استعداد بیمار برای ابتلا به زخم بستر بررسی و ثبت میگردد. جدول داری هفت ستون میباشد که هر یک بصورت زیر امتیازدهی میشوند:

۱ امتیاز	عدم پاسخگویی به تحریک دردناک	سطح هوشیاری
۲ امتیاز	پاسخگویی فقط به تحریک دردناک	
۳ امتیاز	پاسخگویی به دستورات کلامی در برخی موارد	
۴ امتیاز	پاسخگویی به دستورات کلامی و بیان درد	

۱ امتیاز	مرطوب بودن همیشگی لباس و ملحفه	رطوبت پوست
۲ امتیاز	تعویض ملحفه و لباس هر شیفต์ بعلت مرطوب بودن	
۳ امتیاز	تعویض ملحفه و لباس هر روز بعلت مرطوب بودن	
۴ امتیاز	تعویض ملحفه و لباس طبق روتین	

۱ امتیاز	عدم توانایی حرکت یا CBR	فعالیت فیزیکی
۲ امتیاز	حرکت با صندلی چرخدار	
۳ امتیاز	راه رفتن با کمک	
۴ امتیاز	راه رفتن مستقل	

۱ امتیاز	کاملاً بدون حرکت	توانایی تغییر پوزیشن
۲ امتیاز	تحرک محدود در تخت، برای برخی حرکات وابسته به کمک دیگران	
۳ امتیاز	تحرک محدود در تخت، تحرک بدون کمک دیگران	
۴ امتیاز	حرکت مستقل و بدون محدودیت در تخت	

۱ امتیاز	چند روز NPO یا تغذیه کاملاً ناکافی	تغذیه
۲ امتیاز	تغذیه از طریق NG Tube یا تغذیه ناکافی از راه دهان	
۳ امتیاز	بی اشتها، تغذیه ناکافی و مصرف نصف وعده غذایی	
۴ امتیاز	تغذیه خوب و مصرف کامل وعده غذایی	

۱ امتیاز	همواره قادر به بلند کردن خود از روی ملحفه نیست، سایش شدید	اصطکاک
----------	---	--------

و سایش پوست	قسمتهایی از بدن بیمار به ملحفه ساییده میشود. سایش خفیف	۲ امتیاز
	بطور کامل بدن خود را بلند میکند	۳ امتیاز

ارزیابی تغذیه:

جهت پاسخگویی به سؤال اول در جدول ارزیابی تغذیه ای لازم است قد و وزن بیمار اندازه گیری شده و با استفاده از فرمول موجود نمایه توده بدنی فرد محاسبه گردد. پاسخ سئوالات بعدی طی مصاحبه با فرد مشخص میگردد. در سؤال چهارم منظور از شدید بودن بیماری آن است که آیا به طور کلی وضعیت کلی بیمار را وخیم ارزیابی می کنید و به طور مثال نیاز به درمان ویژه در ICU یا CCU یا intensive therapy دارد یا خیر؟

اگر حتی جواب یکی از سئوالات جدول مثبت باشد باید گزینه " لزوم ارزیابی اولیه تخصصی تغذیه ای " علامت زده شود و چنانچه همه پاسخ ها خیر است گزینه " لزوم تکرار ارزیابی اولیه بعد از یک هفته " و اگر قرار است بیمار برای یک عمل جراحی بزرگ آماده شود، بایدگزینه "لزوم تهیه برنامه مراقبتی تغذیه ای قبل از عمل" علامت زده شود.

ارزیابی احتمال سقوط از تخت:

جدول موجود دارای ستون عناوین و امتیاز می باشد که در ردیف اول در صورت وجود سابقه سقوط ۲۵ امتیاز ثبت میگردد در غیر اینصورت صفر، در ردیف دوم وجود بیماری زمینه ای حتی وجود یکی از بیماریهای ذکر شده امتیاز ۱۵ و در غیر آن صفر، ردیف سوم در صورت وجود هر یک، سرم یا هپارین لاک ۲۰ امتیاز ثبت میگردد. در قسمت بعدی جدول، اگر بیمار پرستار ثابت دارد، استراحت در تخت دارد، از وسایل کمکی استفاده نمی نماید و یا بیمار پرستار یک به یک دارد امتیاز صفر داده شود و در صورت استفاده از ویلچر امتیاز ۳۰، اختلال شدید در تعادل (عدم تعادل) امتیاز ۲۰، استفاده هر یک از عصا، واکر یا چوب زیر بغل امتیاز ۱۵ و در حالتی که ضعف در تعادل دارد و با کمک دستان تعادل را حفظ می کند امتیاز ۱۰ ثبت گردد. سپس کلیه امتیازات موجود با هم جمع شده و بر اساس نتیجه ریسک بیمار مشخص میشود و با توجه به خط مشی بیمارستان در کاردکس بیمار ثبت میگردد. بدیهی است ریسک بیمار با توجه به سیر بیماری ممکن است تغییر کند و این تغییرات نیز با توجه به دستورالعمل های بیمارستان ارزیابی و ثبت می گردند.

ارزیابی درد:

در این قسمت مصاحبه کننده از بیمار شدت درد را سؤال و از وی میخواهد شدت آنرا بر حسب مقیاس عددی از یک تا ده بیان کند. در کودکان می توان از مقیاس شکلی استفاده نمود. همچنین روشهای تسکین درد دارویی و غیر دارویی مورد سؤال قرار گرفته و ضمن ثبت نوع دارو یا روش تسکین درد تاثیر آنرا نیز سؤال و ثبت می نماید..

ارزیابی سلامت جسمی و روانی در اتاق عمل:

این قسمت طبق خط مشی بیمارستان در اتاق عمل تکمیل شده و مورد استفاده قرار میگیرد. ارزیابی شامل دو قسمت ارزیابی جسمی و روانی میباشد.

تشخیص های پرستاری:

تکمیل این قسمت نیز به خط مشی های بیمارستان بستگی دارد و جهت تکمیل آن می بایست لیست از تشخیص های پرستاری در اختیار باشد، سپس این تشخیص ها در کاردکس بیماران ثبت و مراقبت ها بر اساس آنها صورت گرفته و نتایج آن ثبت گردد. همچنین ممکن است تشخیص های پرستاری با گذشت دوره درمان تغییر کند و لذا می بایست نحوه ثبت تشخیص ها و برنامه مراقبتی نیز مشخص و مکتوب گردد.

در انتها فرد تکمیل کننده نام و نام خانوادگی خود را نوشته و برگه را مهر و امضا و ضمیمه پرونده بیمار می نماید.

مسئله بیمارستانها ساز و کار مناسب برای بهره برداری سایر گروه های دخیل در امر مراقبت و درمان بیمار اعم از پزشک، پرستار، ماما، مددکار، متخصص تغذیه و ... از اطلاعات موجود را طراحی، مکتوب و اجرا خواهد نمود. همچنین در مواردی که نیاز به تکرار ارزیابی است (برای مثال: وضعیت تغذیه ای، درد، تشخیص های پرستاری، زخم بستر و احتمال سقوط) نیز خط مشی و روشها مشخص و اجرایی خواهند شد.

تاکید میگردد در صورت انتقال بیمار به بخش، فرم ارزیابی اولیه بیمار با توجه به شرایط پذیرش بیمار در آن بخش به صورت مجزا تکمیل گردد.

داده اعتبار بخشی
درمان
معاونت درمان