



فرم ارزیابی اولیه بیمار

نام خانوادگی:	نام:	شماره پرونده:	پزشک معالج:
نام پدر:	تاریخ تولد:	کد پذیرش:	تاریخ و ساعت پذیرش:

اطلاعات پایه	علائم حیاتی بدو ورود : BP: T: RR: PR: وضعیت هوشیاری: EYE : VERBAL: MOTOR: TOTAL SCORE: SPO2: نحوه ورود: پای خود ☐ صندلی چرخدار ☐ برانکار ☐ انکوباتور ☐ کات ☐ همراهی ☐ سایر:..... منبع اطلاعات: بیمار ☐ خانواده ☐ سایر:..... همراهان بیمار: خانواده: ☐ دوستان: ☐ همکار ☐ بدون همراه ☐ مراجعه از: مطب پزشک ☐ اورژانس ☐ اتاق عمل ☐ زایشگاه ☐ بخش ویژه ☐ بیمارستان دیگر ☐ منزل ☐ سایر موارد: وضعیت تاهل: متاهل ☐ مجرد ☐ سایر موارد: تعداد فرزند: تحصیلات: با سواد ☐ بیسواد ☐ خلق: پرخاشگر ☐ آرام ☐ مضطرب ☐ افسرده ☐ فاکتورهای استرس زای اخیر:
	سیستم حمایتی: همسر ☐ خانواده ☐ دوستان و آشنایان ☐ بهزیستی ☐ کمیته امداد ☐ خیرین ☐ بیمه ☐ نوع آن: نگرانی بیمار حین بستری: مراقبت از خانواده ☐ وضعیت زندگی ☐ فعالیتهای مذهبی ☐ شغل ☐ هزینه درمان ☐ سایر موارد: بیمار: سرپرست خانواده ☐ بی خانمان ☐ ساکن بهزیستی ☐ سرای سالمندان ☐ زندان ☐ محل زندگی: روستا ☐ شهر ☐ شغل بیمار:
وضعیت ارتباطی	سطح هوشیاری: هوشیار ☐ خواب آلوده ☐ گیج ☐ بدون پاسخ ☐ آگاه به زمان و مکان ☐ همکاری: دارد ☐ ندارد ☐ زبانی که صحبت می کند فارسی: ☐ ترکی ☐ سایر موارد: نحوه صحبت کردن: واضح ☐ اشکال در تکلم ☐ عدم توانایی در صحبت کردن ☐
حساسیت	دارویی ندارد ☐ دارد ☐ نوع دارو: عکس العمل: غذائی ندارد ☐ دارد ☐ نوع دارو: عکس العمل: حساسیت فصلی و یا تنفسی ندارد ☐ دارد ☐ عکس العمل:
تاریخچه سلامتی	دلیل بستری شدن از نظر بیمار: سوابق بیماری: پره ترم ☐ بیماریهای قلبی عروقی ☐ هیپرتانسیون ☐ آرتریت ☐ CVA ☐ سرطان ☐ بیماریهای تنفسی ☐ بیماریهای کلیوی ☐ بیماریهای گوارشی - کبدی ☐ بیماریهای عفونی ☐ هپاتیت ☐ HIV ☐ صرع ☐ دیابت ☐ تیروئید ☐ بیماریهای ژنتیک ☐ بیماریهای روانی ☐ سابقه خودکشی ☐ سابقه بستری در بیمارستان دارد ☐ ندارد ☐ سابقه عمل جراحی ندارد ☐ دارد ☐ نوع عمل جراحی: سابقه ترانسفوزیون خون دارد ☐ ندارد ☐ عادات: مصرف سیگار ☐ سوء مصرف دارو ☐ نوع آن: مصرف الکل ☐ رژیم غذایی خاص: مصرف مکمل غذایی ☐ خواب و استراحت: آرام ☐ مشکل در خواب ☐ واکسیناسیون کامل دارد ☐ ندارد ☐ سابقه بیماری خاص در خانواده ندارد ☐ دارد ☐ نوع بیماری:
ارزیابی مامایی	سن حاملگی ☐ سونوگرافی: دارد ☐ ندارد ☐ شیردهی ☐ باردار است ☐ تعداد بارداری: سابقه سقط دارد ☐ تعداد: C/S ☐ تعداد: NVD ☐ تعداد: تاریخ LMP: روش پیشگیری: وضعیت IVF:
ارزیابی نوزاد	سن حاملگی: آپکار دقیقه اول: آپکار دقیقه پنجم: وزن: قد: دور سر: علت بستری: تولد از طریق ND ☐ C/S ☐ آنومالی:
محدودیتها و تواناییها	مشکل شنوایی: بله ☐ خیر ☐ سمعک راست ☐ چپ ☐ مشکل بینایی: بله ☐ خیر ☐ نابینایی ☐ کم بینایی ☐ عینک ☐ لنز تماسی ☐ مشکل صحبت کردن: بله ☐ خیر ☐ توانایی خواندن: بله ☐ خیر ☐ توانایی نوشتن: بله ☐ خیر ☐ نقص و قطع عضو: بله ☐ خیر ☐ عضو: استفاده از عصا ☐ واکر ☐ ویلچر ☐ چوب زیر بغل ☐ پروتز ☐

توانائی انجام کار روزانه : حرکت بله ☐ خیر ☐ لباس پوشیدن بله ☐ خیر ☐ غذا خوردن بله ☐ خیر ☐ دندان مصنوعی بله ☐ خیر ☐ استفاده از اکسیژن در خانه بله ☐ خیر ☐ داشتن : درن ☐ گچ ☐ آتل ☐ پانسمان ☐ تراکشن ☐ محل آن						
ارزیابی زخم بستر	سطح هوشیاری	رطوبت پوست	فعالیت فیزیکی	توانائی در تغییر پوزیشن	تغذیه	اصطکاک و سایش
	۱ تا ۴	۱ تا ۴	۱ تا ۴	۱ تا ۴	۱ تا ۴	۱ تا ۳
						ریسک بالا = ۱۲ و کمتر از آن ریسک متوسط = ۱۴-۱۳ ریسک پائین = ۱۶-۱۵ امتیاز کل :
ارزیابی تغذیه	نوبت ارزیابی: اول ☐ دوم ☐					
	۱	وزن :	قد:			
	۲	آیا نمایه توده بدنی بیمار کمتر از ۲۰/۵ می باشد؟				
	۳	آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته کاهش وزن داشته است؟				
	۴	آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی اشتها یا کاهش مصرف غذا به هر دلیل (مانند تهوع یا استفراغ شدید) شده است؟				
	۵	آیا بیماری فرد شدید است؟				
نتیجه ارزیابی: لزوم تکمیل فرم ارزیابی اولیه تخصصی ☐ لزوم تکرار ارزیابی اولیه بعد از یک هفته ☐ لزوم تهیه برنامه مراقبتی تغذیه ای قبل از عمل ☐						
ارزیابی احتمال سقوط بیمار	عناوین	امتیاز	عناوین	امتیاز	نتیجه	
	سابقه سقوط قبلی ۲۵		استفاده از ابزار حرکتی : اگر بیمار پرستار ثابت دارد، استراحت در تخت دارد، از وسایل کمکی استفاده نمیکند، پرستار یک به یک دارد امتیاز صفر در نظر گرفته شود در غیر اینصورت امتیاز طبق جدول مقابل		ریسک بالا ۴۵ و بالاتر ریسک متوسط = ۲۳-۴۵ ریسک پائین = ۲۲-۰	
	بیماری زمینه ای دیابت / فشارخون بالا / سرگیجه ۱۵		واکر / عصا / چوب زیر بغل ۱۵			
	سرم و یا هپارین لوک ۲۰		مختل (عدم تعادل) مشکل در بلند شدن ۲۰			
	وضعیت ذهنی ۱۵		ضعف دارد باکمک دستان تعادل خود را حفظ می کند ۱۰		امتیاز نهایی	
ارزیابی درد	در صورت وجود درد از صفر تا ۱۰ چه نمره ای به درد خود می دهید در کودکان مقیاس شکلی زیر ارائه گردد					
	۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ داروئی ☐ نوع دارو تاثیر: عالی ☐ خوب ☐ متوسط ☐ ضعیف ☐ غیرداروئی ☐ روش تاثیر: عالی ☐ خوب ☐ متوسط ☐ ضعیف ☐					
ارزیابی سلامت جسمی و روانی در اتاق عمل	ارزیابی جسمی : درد قفسه سینه ☐ تنگی نفس وضعیتی ☐ کلوستومی ☐ سونداژ ☐ سرفه ☐ خس خس سینه ☐ درد شکم ☐ عدم اجابت مزاج ☐ ضعف و بیحالی و خستگی زودرس ☐ ضایعات پوستی ☐ تاخیر در بهبود ☐ درد استخوانی ☐ ارزیابی روانی : اختلال در خواب ☐ بی حوصلگی ☐ احساس غم و اندوه ☐ عدم لذت از زندگی ☐ دلشوره ☐ بیقراری ☐ عدم ارتباط چشمی ☐ کندی و یا سرعت در فعالیتهای حرکتی - روانی ☐ تحریک پذیر ☐ سرخوش ☐ مضطرب ☐ عدم آراستگی ظاهری ☐					
	تشخیص های پرستاری جهت خدمات ارتقای سلامت					

مهر و امضای پرستار ارزیابی کننده :

تاریخ و ساعت تکمیل