

فرم ارزیابی اولیه پرستاری کودک

INITIAL PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT SHEET

شماره پرونده: Unit No:

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

اطلاعات پایه	ساعت ورود به بخش:	ساعت شروع ارزیابی:
	علائم حیاتی بدو ورود:	T: RR: PR: BP:
	نحوه ورود: با پای خود <input type="checkbox"/> صندلی چرخدار <input type="checkbox"/> برانکاردر <input type="checkbox"/> درآغوش <input type="checkbox"/> انکوباتور <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید .....	منبع اطلاعات: کودک <input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> سایر نام ببرید.....
	لوله و اتصالات بیمار (IV، استومی، لوله تراشه و...) ذکر نام و محل .....	

وضعیت ارزیابی	سطح هوشیاری: هوشیار <input type="checkbox"/> خواب آلوده <input type="checkbox"/> گیج <input type="checkbox"/> بدون پاسخ <input type="checkbox"/> *آگاهی به زمان، مکان و شخص: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> غیرقابل ارزیابی <input type="checkbox"/>
	زبان و نوع گویش: ..... عدم رسیدن به سن تکلم <input type="checkbox"/> نیاز به مترجم دارد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	نحوه صحبت کردن در صورت رسیدن به سن تکلم: واضح <input type="checkbox"/> اشکال در تکلم <input type="checkbox"/> عدم توانایی در صحبت کردن <input type="checkbox"/> با اشاره <input type="checkbox"/>
	وضعیت همکاری: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> با ذکر دلیل .....

بررسی تاریخچه سلامت و بیماری	شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار/ والدین): .....
	سابقه بستری: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> تاریخ آخرین بستری: .....
	سابقه جراحی: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ذکر نوع عمل جراحی: .....
	سابقه بیماری در خانواده: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام بیماری: .....
	سابقه انجام واکسیناسیون در کودکان زیر ۵ سال (کپی کارت واکسن ضمیمه شود): کامل <input type="checkbox"/> نا کامل <input type="checkbox"/>
	سابقه سوء مصرف دارو و مواد مخدر: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ذکر نوع دارو و یا مواد مخدر: .....
	سابقه ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>
	سابقه واکنش به ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/> نوع واکنش: .....
	خواب و استراحت: ۱- میزان خواب در ۲۴ ساعت: ۲- مشکلات خواب: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نام ببرید.....

حساسیت ها	حساسیت دارویی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نوع دارو: .....
	حساسیت غذایی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نوع غذا: .....
	حساسیت شیر خشک: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نوع شیر خشک: .....
	حساسیت به سایر موارد را نام ببرید: .....

ارزیابی سیستم ها	۱. عصبی: سرگیجه <input type="checkbox"/> عدم تعادل <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> کرختی و بیحسی <input type="checkbox"/> مردمک ها: قرینه <input type="checkbox"/> غیر قرینه <input type="checkbox"/> سایر توضیحات: .....
	۲. قلبی و عروقی: نبض: سینوسی <input type="checkbox"/> تاکی کاردی <input type="checkbox"/> برادیکاری <input type="checkbox"/> سیانوز <input type="checkbox"/> واریس <input type="checkbox"/> ادم <input type="checkbox"/> سایر توضیحات: .....
	۳. تنفسی: بدون مشکل <input type="checkbox"/> تنفس عمیق <input type="checkbox"/> سریع <input type="checkbox"/> سطحی <input type="checkbox"/> آهسته <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> خلط <input type="checkbox"/> دیس پنه <input type="checkbox"/> در زمان استراحت <input type="checkbox"/> ارتوپنه <input type="checkbox"/> سیانوز <input type="checkbox"/> هموپتی <input type="checkbox"/> کلاینگ <input type="checkbox"/> اکسیژن تراپی <input type="checkbox"/> سایر توضیحات: .....
	۴. گوارش: رژیم غذایی خاص: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام ببرید .....
	۵. ادراری تناسلی: بدون مشکل <input type="checkbox"/> پلی اوری <input type="checkbox"/> اولیگوری <input type="checkbox"/> سوزش ادرار <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> هماچوری <input type="checkbox"/> عفونت <input type="checkbox"/> دیالیز <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> نام ببرید: .....
	۶. پوست: بدون مشکل <input type="checkbox"/> رنگ پوست: سیانوز <input type="checkbox"/> رنگ پریده <input type="checkbox"/> زرد <input type="checkbox"/> درجه حرارت پوست: گرم <input type="checkbox"/> سرد <input type="checkbox"/> تعریق <input type="checkbox"/> تورگور پوست: طبیعی <input type="checkbox"/> ضعیف <input type="checkbox"/> زخم <input type="checkbox"/> ترشحات <input type="checkbox"/> سایر توضیحات: .....
	۷. اسکلتی عضلانی: بدون مشکل <input type="checkbox"/> گزگز <input type="checkbox"/> فلج <input type="checkbox"/> اسکلیوز <input type="checkbox"/> سایر توضیحات: .....
	۸. روحی و روانی: وضعیت رفتاری: آرام <input type="checkbox"/> مضطرب <input type="checkbox"/> پرخاشگر <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید .....
	۹. سایر سیستم ها: وجود مشکل: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سابقه آسیب به خود و دیگران: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
	مشاهده رفتارهای خاص (گریه بیش از حد، جویدن ناخن، بی اختیاری و...): بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	سایر سیستم ها: وجود مشکل: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ذکر سیستم و مشکل: .....

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

**فرم ارزیابی اولیه کودک**  
**INITIAL PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT SHEET**

	<b>محدودیت ها</b>	<p><b>۱- محدودیت ها (موارد زیر بر اساس سن بیمار ارزیابی می گردد):</b></p> <p><b>شنوایی:</b> غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا .....  <b>بینایی:</b> غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و چشم مبتلا .....  <b>نقص و قطع عضو:</b> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بله 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.          عصا <input type="checkbox"/> واکر <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/> چوب زیربغل <input type="checkbox"/> پروتز اندام <input type="checkbox"/> پروتز چشمی <input type="checkbox"/> سمعک <input type="checkbox"/> عینک <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> با ذکر نام .....</p> <p><b>۳- توانایی به صدا درآوردن زنگ احضار پرستار:</b> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p><b>۴- انجام فعالیت روزانه زندگی:</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">غذا خوردن:</td> <td style="width: 33%;">وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">مستقل <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>لباس پوشیدن:</td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>مستقل <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>حمام کردن:</td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>مستقل <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>دستشویی رفتن:</td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>مستقل <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>تحرك و جابجایی:</td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>مستقل <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	غذا خوردن:	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	مستقل <input type="checkbox"/>	لباس پوشیدن:	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	مستقل <input type="checkbox"/>	حمام کردن:	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	مستقل <input type="checkbox"/>	دستشویی رفتن:	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	مستقل <input type="checkbox"/>	تحرك و جابجایی:	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	مستقل <input type="checkbox"/>
غذا خوردن:	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	مستقل <input type="checkbox"/>															
لباس پوشیدن:	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	مستقل <input type="checkbox"/>															
حمام کردن:	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	مستقل <input type="checkbox"/>															
دستشویی رفتن:	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	مستقل <input type="checkbox"/>															
تحرك و جابجایی:	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	مستقل <input type="checkbox"/>															
	<b>ارزیابی تغذیه ای</b>	<p>وزن (Kg): ..... قد (Cm): ..... مکملهای مورد استفاده: مولتی ویتامین / vit A&amp;D <input type="checkbox"/> مکمل آهن <input type="checkbox"/> سایر مکمل ها <input type="checkbox"/></p> <p>-در سن زیر ۵ سال: زد اسکور وزن برای قد کودک در چه محدوده ای قرار دارد؟ کمتر از -۲ <input type="checkbox"/> بیشتر از +۲ <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/></p> <p>-در سن بالای ۵ سال: زد اسکور نمایه توده بدنی کودک در چه محدوده ای قرار دارد؟ کمتر از -۲ <input type="checkbox"/> بیشتر از +۲ <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/></p> <p>-آیا کودک طی ۳ ماه اخیر کاهش وزن یا عدم افزایش وزن داشته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>- آیا کودک دچار بی اشتها یا کاهش مصرف غذا می باشد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>- آیا کودک رژیم غذایی خاصی دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورتی که پاسخ بله است نوع آن درج گردد: .....</p> <p>-کودک کدامیک از شرایط یا بیماریهای زیر را دارد:          سوء تغذیه <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> سوختگی <input type="checkbox"/> بیماریهای کلیوی <input type="checkbox"/> بیماریهای غدد و متابولیک <input type="checkbox"/> بیماریهای گوارشی و کبدی <input type="checkbox"/> کاندید عمل جراحی مازور <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/></p> <p>*نتیجه ارزیابی: مراجعه 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 صورت وجود هر یک از شرایط زیر، اطلاع رسانی به کارشناس تغذیه جهت انجام مشاوره با اطلاع پزشک، لازم است:          زد اسکور کمتر از -۲ یا بیشتر از +۲ در هر گروه سنی، پاسخ بله به یکی از سوالات و یا وجود یکی از بیماریها با شرایط فوق الذکر</p>															
	<b>ارزیابی احتمال ابتلا به زخم فشاری</b>	<p>در صورت وجود زخم فشاری موقعت آناتومیک آن بر اساس راهنما قید شود.          احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>															
	<b>ارزیابی احتمال سقوط</b>	<p>احتمال خطر سقوط: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>															
	<b>غریبالگری و بررسی تسکینی</b>	<p><b>چهره کودک منطبق بر کدام شکل های زیر است؟</b></p> <p>روش های تسکین درد:          دارویی (ذکر نام دارو) .....          غیردارویی (ذکر روش) .....</p> <p>تأثیر درد بر فعالیت بیمار: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>															
	<b>نشانه های کودک آزاری</b>	<p>نشانه های کودک آزاری: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> (وجود کبودی های متعدد بر روی پوست، آثار سوختگی و زخم، ترس کودک از والدین یا همراه، تلاش والدین یا همراهان برای پوشاندن محل جراحات، همراه بودن مدارک شناسایی با کودک به قصد فرار از منزل، کودک تنها... ذکر شود .....</p>															
	<b>ارزیابی نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی</b>	<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): دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>*حضور همراه موثر: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> *ارجاع از ارگانهای قضایی و حمایتی: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> *بدون مشکل <input type="checkbox"/></p>															
	<b>ارزشهای مذهبی و فرهنگی والدین / همراه بیمار که بر روی روند درمان یا آموزش تاثیر گذار باشد. در صورت جواب بله توضیح دهید.</b>	<p>آیا والدین / همراه بیمار تمایل به یادگیری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا والدین / همراه بیمار توانایی یادگیری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت جواب خیر نزدیکترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش: ..... موانع یادگیری وجود دارد: ..... بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت بله موارد مشخص شود) .....</p> <p>ذکر نیاز های آموزشی بیمار و خانواده در بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده: .....</p>															
	<b>بررسی بیشتر</b>	<p>یا بیمار نیاز به بررسی های جامع تر ذیل دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <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>															
	<b>سطح مراقبتی</b>	<p>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>															
		<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>															