

فرم ارزیابی اولیه پرستاری کودک

INITIAL PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT SHEET

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family: نام خانوادگی:
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: ساعت ورود: با پای خود صندلی چرخدار برانکاردر درآغوش انکوباتور سایر نام ببرید

منبع اطلاعات: کودک والدین 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، مکان و شخص: دارد ندارد غیرقابل ارزیابی

زبان و نوع گویش: عدم رسیدن به سن تکلم نیاز به مترجم دارد: بله خیر

نحوه صحبت کردن در صورت رسیدن به سن تکلم: 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/ والدین): علت بستری (تشخیص اولیه پزشک معالج):

سابقه بستری: ندارد دارد تاریخ آخرین بستری:

سابقه جراحی: ندارد دارد ذکر نوع عمل جراحی:

سابقه بیماری در خانواده: خیر بله نام بیماری:

سابقه انجام واکسیناسیون در کودکان زیر ۵ سال (کپی کارت واکسن ضمیمه شود): کامل نا کامل

سابقه سوء مصرف دارو و مواد مخدر: ندارد دارد ذکر نوع دارو و یا مواد مخدر:

سابقه ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی: خیر بله

سابقه واکنش به ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی: خیر بله نمی داند نوع واکنش:

خواب و استراحت: ۱- میزان خواب در ۲۴ ساعت: ۲- مشکلات خواب: ندارد دارد نام ببرید:

حساسیت ها

حساسیت دارویی: خیر بله نوع دارو: نوع واکنش:

حساسیت غذایی: خیر بله نوع غذا: نوع واکنش:

حساسیت شیر خشک: خیر بله نوع شیر خشک: نوع واکنش:

حساسیت به سایر موارد را نام ببرید:

ارزیابی سیستم ها

۱. **عصبی:** سرگیجه عدم تعادل سردرد تشنج کرختی 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 آهسته سرفه خلط دیس پنه در زمان استراحت ارتوپنه سیانوز هموپتی کلاینگ اکسیژن تراپی سایر توضیحات:

۴. **گوارش:** 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 هماچوری عفونت دیالیز سایر موارد نام ببرید:

۶. **پوست:** بدون مشکل رنگ پوست: سیانوز رنگ پریده 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. **روحي و روانی:** وضعیت رفتاری: آرام مضطرب پرخاشگر سایر نام ببرید:

سابقه اقدام به خودکشی: دارد ندارد سابقه آسیب به خود و دیگران: دارد ندارد

مشاهده رفتارهای خاص (گریه بیش از حد، جویدن ناخن، بی اختیاری و...): بله خیر

۹. **سایر سیستم ها:** وجود مشکل: بله خیر ذکر سیستم و مشکل:

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

