

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: RR: T: BP: PR:  
 نحوه 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 آوده  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: ..... علت آخرین بستری: .....  
 سابقه جراحی: ندارد  دارد  ذکر نوع عمل جراحی: ..... سابقه بیماری: ندارد  دارد  در صورت داشتن سابقه نام بیماری: .....  
 سابقه بیماری در خانواده: خیر  بله  نام بیماری: ..... نسبت فرد با بیمار ذکر شود .....  
 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. روحی 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 |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|          |          |          |          |          |          |
|          |          |          |          |          |          |
|          |          |          |          |          |          |

فرم ارزیابی اولیه کودک

INITIAL PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT SHEET

مجموعه پرسشنامه های ارزیابی تغذیه ای	<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 برید) .....</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 border="0"> <tr> <td>غذا خوردن:</td> <td>مستقل <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>لباس پوشیدن:</td> <td>مستقل <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>حمام کردن:</td> <td>مستقل <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>دستشویی رفتن:</td> <td>مستقل <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>تحرك و جابجایی:</td> <td>مستقل <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/></td> <td>وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	غذا خوردن:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>	لباس پوشیدن:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>	حمام کردن:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>	دستشویی رفتن:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>	تحرك و جابجایی:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>
	غذا خوردن:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>																	
	لباس پوشیدن:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>																	
	حمام کردن:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>																	
دستشویی رفتن:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>																		
تحرك و جابجایی:	مستقل <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل سن تقویمی) <input type="checkbox"/>	وابسته (به دلیل ناتوانی) <input type="checkbox"/>																		
<p>وزن (Kg): ..... قد (Cm): .....</p> <p>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:</p> <p>سوء تغذیه <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> سوختگی <input type="checkbox"/> بیماریهای کلیوی <input type="checkbox"/> بیماری های غدد و متابولیک <input type="checkbox"/> بیماری های 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 بیماری ها با شرایط فوق الذکر</p>																					
<p>ارزیابی احتمال ابتلا به زخم فشاری</p> <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>																					
<p>ارزیابی احتمال سقوط</p> <p>احتمال خطر سقوط: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>																					
<p>غریبالگری و بررسی تسکینی</p> <p>چهره کودک منطبق بر کدام شکل های زیر است؟          0 None 1 2 Mika 3 4 Moderato 5 6 7 8 Severa 9 10          No Hurt Hurts little bit Hurts little more Hurts even more Hurts whole lot Hurts worst          روش های تسکین درد:          دارویی (ذکر نام دارو) .....          غیردارویی (ذکر روش) .....          تاثیر درد بر فعالیت بیمار: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>																					
<p>نشانه های کودک آزاری</p> <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>																					
<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): 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>																					
<p>ارزشهای مذهبی و فرهنگی</p> <p>ارزشهای مذهبی و فرهنگی والدین / همراه بیمار که بر روی روند درمان یا آموزش تاثیر گذار باشد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت جواب بله توضیح دهید: .....</p>																					
<p>نیازهای آموزشی و مراقبتی بیمار</p> <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>																					
<p>بررسی بیشتر</p> <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>																					
<p>سطح مراقبتی</p> <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          تاریخ:          ساعت پایان ارزیابی:</p>																					