

“



بیمارستان تخصصی شهید رجایی
واحد آموزش

نحوه تکمیل فرم ارزیابی اولیه

”

تهیه کننده: اسما نورمحمدی

بهار ۱۳۹۷

تعریف ارزیابی



ارزیابی بیمار جزء کلیدی عملکرد پرستاری است.

ارزیابی پایه و اساسی علمی برای طراحی و تامین مراقبت بیمار و خانواده محور تامین می کند

ارزیابی اولیه بررسی جامع از وضعیت جسمی، روحی اجتماعی، فرهنگی و شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار در بدو بستری است که چارچوبی برای تعیین و شناسایی نیازها و مشکلات بالینی بیمار به منظور برنامه ریزی مراقبت جامع و موثر تعیین می کند

هدف

▶ هدف از ارزیابی اولیه بررسی و شناخت وضعیت سلامت و اولویتهای درمانی بدو ورود بیمار می باشد

اصول کلی ثبت در فرم ارزیابی اولیه

۱. ارزیابی اولیه باید برای تمامی بیماران مبتلا به اختلالات اعصاب و روان بخش های بستری انجام شود
۲. در بخش اورژانس ملاک ارزیابی بیمار تریاژ است
۳. فقط در صورتی که بیماری به علت خالی نبودن تخت و عدم تعیین تکلیف در بخش اورژانس بستری گردد انجام ارزیابی اولیه بیمار و تکمیل فرم آن در اورژانس ضروری است و در اینصورت پس از انتقال به بخش بستری دیگر نیازی به ارزیابی نیست
۴. ارزیابی اولیه توسط پرستار کارشناس و با مصاحبه با بیمار و مشاهده و بررسی
۵. مصاحبه با یکی از افراد خانواده که دارای بیشترین و دقیقترین اطلاعات

ادامه

۶. ارزیابی اولیه بلافاصله بدو ورود بیمار به بخش انجام شود
۷. حداکثرانتهای همان نوبت کاری انجام شود
۸. تبصره :
۹. در موارد خاص از قبیل بدحالی بیمار، بستری بیمار در ساعتهای پایانی نوبت کاری و زمان تحویل نوبت کاری، انجام ارزیابی اولیه می تواند حداکثر تا نوبت کاری بعد انجام شود
۱۰. استفاده از برگ پذیرش، خلاصه ترخیص و برگ شرح حال و معاینه بدنی

نکات ضروری

- ▶ خود را به بیمار معرفی کنید و هدف از مصاحبه را بیان کنید (کاهش اضطراب بیمار)
- ▶ در مورد ارزش ها به قضاوت نپردازید.
- ▶ از تلقین پاسخ خودداری کنید
- ▶ رفتار غیر کلامی، وضعیت اندامی، ادا و اطوار و ظاهر فیزیکی بیمار را به دقت زیر نظر بگیرید.
- ▶ در مصاحبه با بیماران گوشه گیر و منزوی و کم حرف باید فعال بود و به رفتار غیر کلامی توجه کرد.
- ▶ در مصاحبه با بیماران پر خاشگر، نکات ایمنی را در نظر بگیرید.
- ▶ در بیماران مانیک که حراف هستند، حدود را برای بیمار مشخص کنید.
- ▶ در بیماران هیستریک در عین مهربان بودن باید جدی و قاطع بود
- ▶ در بیماران افسرده باید سوالات اختصاصی و وجود افکار خودکشی مطرح شود

اطلاعات پایه

ساعت ورود به بخش:

ساعت شروع ارزیابی:

میزان تحصیلات:

دین:

وضعیت تاهل: مجرد متاهل مطلقه سایر منبع اطلاعات: بیمار خانواده (با ذکر نسبت)

مشخصات فردی که در مواقع ضروری بتوان با او تماس گرفت (نام، نسبت و شماره تماس)

علائم حیاتی بدو ورود: T: RR: PR: BP:

لوله و اتصالات بیمار (IV ، استومی و...) ذکر نام و محل

مراجعه از: مطب پزشک اورژانس درمانگاه بیمارستان دیگر منزل مراجع قضایی سایر موارد

نحوه ورود: با پای خود صندلی چرخدار برانکارد سایر نام ببرید

وضعیت شیردهی در بیمار خانم: بله خیر بیماران خانم: وضعیت بارداری: بله خیر

وضعیت ارتباطی

- ▶ سطح هوشیاری : هوشیار گیج خواب آلوده بدون پاسخ سایر نام ببرید
- ▶ همکاری: دارد ندارد با ذکر دلیل
- ▶ زبان و نوع گویش: نیاز به مترجم دارد: بله خیر
- ▶ ارتباط چشمی: دارد ندارد
- ▶ ارتباط کلامی: ۱- تن صدا: طبیعی بلند آهسته ۲- سرعت تکلم: طبیعی زیاد کم با تاخیر فشار تکلم
- ▶ ۳- میزان تکلم: طبیعی پر حرف کم حرف فقر کلام خاموشی سایر ..
- ▶ ۴- اختلال تکلم: لکنت زبان دیسفونی سایر ..

وضعیت ارتباطی

- ▶ فشار تکلم : تکلم سریع و پر فشار بوده که طی آن حجم کلمات افزایش می یابد
- ▶ فقر کلام : فرد خیلی مختصر صحبت می کند و تنها کلمات تک سیلابی را به کار می گیرد
- ▶ لکنت زبان ((stuttering)) تکرار مکرر یا کشیدن یک صوت یا سیلاب که موجب اختلال شدید در فصاحت تکلم می شود
- ▶ دیسفونی : اشکال در صحبت کردن یا درد هنگام تکلم

وضعیت عمومی

- ▶ ظاهر کلی: مرتب ژولیده سایر نام ببرید:
- ▶ آیا ظاهر کلی بیمار با سن تقویمی او تناسب دارد: بله خیر
- ▶ در صورت وجود زخم و آثار جراحی، کبودی، اسکار، خالکوبی، موقعیت آناتومیک آن ذکر شود:
- ▶ سایر مشکلات پوست از قبیل وجود (شپش، گال و...): خیر بله نام ببرید
- ▶ وضعیت روانی و حرکتی: طبیعی کاتاتونیا سفتی و سختی انعطاف مومی شکل تیک سایر نام ببرید

وضعیت روانی حرکتی

- ▶ کاتاتونیا: خود بیمار ثابت می ماند
- ▶ سفتی و سختی: انتخاب وضعیت سفت و ثابت
- ▶ انعطاف مومی شکل: هر حالتی به بیمار داده می شود در همان حالت باقی می ماند
- ▶ تیک: حرکات به صورت مشابه تکرار می شود

بررسی وضعیت خلقی ادراکی

خلق: طبیعی افسرده تحریک پذیر پرخاشگر سرخوشی (خلق بالا)
نوسان خلق سایر توضیح دهید

عاطفه: متناسب نامتناسب کند محدود سطحی بی ثبات بی تفاوت سایر توضیح دهید

هدیان: دارد ندارد * نوع آن:

* ایلوژن: دارد ندارد

* توهم: دارد ندارد نوع آن: شنوایی بینایی بویایی
سایر توضیح دهید

خلق



- ▶ هیجانی نافذ و مستمر که به طور ذهنی احساس
- ▶ واز سوی بیمارگزارش و توسط دیگران مشاهده می شود
- ▶ تحریک پذیر:
- ▶ حالتی که در آن شخص زود ناراحت شده و به خشم می آید
- ▶ :
- ▶ خلق بی ثبات: نوسانات هیجانی سریع بین خوشحالی و ناراحتی

عاطفه

- ▶ عاطفه متناسب: هیجانی که با خلق و یا فکر هماهنگ است
- ▶ عاطفه نامتناسب: عدم هماهنگی بین حال و هوای احساس هیجانی و عقیده، تفکر یا تکلم همراه آن
- ▶ عاطفه کند (**blunted**) ختلالی در عاطفه که با کاهش چشمگیر در شدت احساس ابراز شده مشخص می شود
- ▶ . عاطفه محدود (**restricted**) کاهش مشخص شدت حال و هوای احساسی به درجاتی کمتر از عاطفه کند
- ▶ عاطفه سطحی: فقدان کامل یا تقریبی هر گونه علامت ابراز عاطفی، صدا یکنواخت، چهره بی حرکت
- ▶ عاطفه بی ثبات: تغییر سریع و ناگهانی احساس هیجانی، بدون ارتباط با محرک های خارجی
- ▶ . عاطفه بی تفاوت: خونسردی نامتناسب یا فقدان نگرانی در مورد ناتوانی خو

هذیان

هذیان: باور و عقیده ای است غیر واقعی، غیر قابل رد کردن، غیر منطبق بر فرهنگ و زمینه هوشی بیمار که با استدلال هم اصلاح نمی شود

۱. هذیان نیست گرایی: (nihilistic) عقیده نادرستی مبنی بر اینکه خود شخص، دیگران یا جهان وجود ندارد یا رو به فنا است
۲. هذیان فقر (poverty) اعتقاد باطلی مبنی بر اینکه شخص از هست و نیست ساقط خواهد شد
۳. هذیان جسمی: اعتقاد اشتباه در مورد کارکرد بدنی شخص؛ مثل باور به ذوب شدن مغز
۴. هذیان بی وفایی (حسادت هذیانی): اعتقاد باطل مشتق از حسادت بیمار گونه در مورد خیانت معشوق
۵. دروغ پردازی خیالی: نوعی دروغگویی که در آن به نظر می رسد شخص به واقعیت خیالات خود اعتقاد دارد
۶. هذیان پارانوئید

هذیان های پارانوئید

هذیان های پارانوئید: شامل هذیان های گزند و آسیب و هذیان های انتساب. کنترل و خود بزرگ بینی

۱ هذیان های گزند و آسیب: عقیده اشتباه به معنی اینکه در مورد شخص تقلب، آزار و ظلم و ستم روا داشته می شود

۲ هذیان خود بزرگ بینی: تصور مبالغه آمیز فرد از اهمیت، هویت و قدرت خویش

۳ هذیان انتساب به خود: عقیده باطل فرد مبنی بر اینکه رفتار دیگران به شخص او مربوط است یا اینکه دیگران حتی رادیو در مورد او صحبت می کند

۴ خود مقصر بینی: احساس غلط پشیمانی و گناه

هذیان کنترل: احساس باطل مبتنی بر اینکه اراده، افکار یا احساسات شخص تحت کنترل نیروهای خارجی است.

اختلالات درک

ایلوژن: منظور از ایلوژن درک نادرست محرک خارجی توسط بیمار است. به طور مثال بیمار ریسمان را به شکل مار می بیند

▶ توهم: ادراکات حسی که در دستگاه اعصاب مرکزی ایجاد می شوند و محرک خارجی برای آن وجود ندارد. توهمات ممکن است در هریک از دستگاه های حسی وجود داشته باشند و نوع دستگاه حسی ارزش تشخیصی ندارد

آگاهی

▶ اختلال موقعیت سنجی: ندارد دارد مشخص کنید:

▶ مکان زمان افراد

▶ * تمرکز: دارد ندارد

▶ * اختلال حافظه: ندارد دارد مشخص کنید: فوری

نزدیک دور

▶ * بینش: ندارد دارد توضیح دهید



ارزیابی خطر

- ▶ سابقه آسیب به خود (خود زنی): ندارد دارد سابقه
- ▶ آسیب به دیگران: ندارد دارد
- ▶ سابقه اقدام به خودکشی: ندارد دارد
- ▶ روش انجام خودکشی های قبلی:
- ▶ افکار خودکشی: ندارد دارد
- ▶ نیاز به ارزیابی مهار فیزیکی و شیمیایی: ندارد دارد

تاریخچه سلامت و بیماری

- ▶ شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار و یا خانواده بیمار):
علت بستری (تشخیص اولیه پزشک معالج):
- ▶ سابقه بستری: ندارد دارد تاریخ آخرین بستری: علت آخرین بستری:
- ▶ سابقه بیماری (جسم / روان / اختلال مادرزادی): ندارد دارد در صورت داشتن سابقه نام بیماری:
- ▶ سابقه بیماری در خانواده (جسم / روان): خیر بله نام بیماری:
- ▶ عادات و عوامل خطر: *سوء مصرف دارو سوء مصرف موادمخدر مصرف الکل مصرف سیگار مصرف قلیان سایر نام بپرید:
- ▶ خواب و استراحت: ۱- میزان خواب و استراحت در ۲۴ ساعت:
- ▶ مشکلات خواب: ندارد دارد نام بپرید:

تاریخچه سلامت و بیماری

- ▶ شکایت اصلی از زبان بیمار و معین عبارت بیمار درج گردد.
- ▶ بررسی مشکلات خواب :
- ▶ آپنه، بی خوابی، خروپف، سندرم پاهای بیقرار، راه رفتن در خواب، صحبت کردن در خواب و...

حساسیت

خیر بله نمی داند **▶ حساسیت دارویی:**

..... نوع دارو: ▶

..... *نوع واکنش: ▶

خیر بله نمی داند **▶ حساسیت غذایی:**

..... نوع غذا: ▶

..... *نوع واکنش: ▶

ارزیابی سیستم ها

محرور	وجود مشکل / وضعیت خاص	ذکر مشکل یا وضعیت خاص
تنفس (الگوی تنفس / ترشحات/ارال....)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
قلب و عروق (نبض و...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
پوست و مو(حرارت، رطوبت، تمامیت، زخم و...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
گوارش و دفع (یبوست/ اسهال / بی اختیاری...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
ادراری(بی اختیاری/احتباس / دیزوری و...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
سایر سیستم ها	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	



ارزیابی سابقه دارویی

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

محدودیت ها و توانایی ها

۱- محدودیت ها:

شنوایی: خیر بله در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا:

بینایی: خیر بله در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و چشم مبتلا:

نقص و قطع عضو: خیر بله در صورت پاسخ بله ذکر نوع نقص و اندام مربوطه: (نام ببرید)

۳- وسایل کمکی و پروتزها: ندارد دارد بر اساس موارد زیر مشخص نمایید.

عصا واکر ویلچر چوب زیربغل پروتز اندام دندان مصنوعی پروتز چشمی
سمعک عینک سایر نام ببرید

۲- انجام فعالیت روزانه زندگی:

غذا خوردن:

لباس پوشیدن:

استحمام:

دستشویی رفتن:

وابسته (نیازمند کمک)

وابسته (نیازمند کمک)

وابسته (نیازمند کمک)

وابسته (نیازمند کمک)

مستقل

مستقل

مستقل

مستقل

وابسته نیازمند کمک

مستقل:

تحرک و جابجایی

وضعیت ارزیابی تغذیه ای

وزن :	قد :	نمایه توده بدنی بزرگسال (BMI):	زد اسکور نمایه توده بدنی (کمتر از ۱۹ سال):
(۱) آیا در بیمار بزرگسال، BMI کمتر از ۲۰ است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> غیرقابل ارزیابی / آیا در بیمار ۱۸-۱۲ سال، زد اسکور نمایه توده بدنی کمتر از ۲- و یا بیشتر از ۲+ است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
(۱) آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته کاهش وزن ناخواسته داشته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
(۱) آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی اشتهایی یا کاهش دریافت غذا به هر دلیل شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
(۱) آیا بیماری فرد از نوع بیماریهای ویژه (رجوع به راهنما) است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
نتیجه ارزیابی*: ارجاع به 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"/> *در صورتی که حتی یک «بله» در جدول علامت خورده باشد یا بیمار بیش از یک هفته در بیمارستان بستری باشد لازم است با اطلاع پزشک، اطلاع رسانی به کارشناس تغذیه برای مشاوره و ارزیابی تخصصی انجام شود. در مادران باردار علاوه بر موارد فوق، وجود دیابت، پره اکلامپسی و اکلامپسی (فشار خون بالا) مورد تاکید است.			

بیماری های ویژه

- ▶ دیابت کنترل نشده، فشار خون بالا و بیماریهای
- ▶ قلبی عروقی، سرطان ها، سوختگی، سکته، نارسایی کلیه، همودیالیز، سیروز کبدی، پیوند اعضا، زخم بستر، سوء تغذیه و سوء جذب، نورولوژیک منجر به اختلال بلع، جراحی شکمی، پنومونی، بیماری انسدادی مزمن ریه
- ▶ (COPD) بیماران بستری در بخش مراقبت
- ▶ های ویژه، ضربه به سر، ناتوانی در تغذیه دهانی به هر دلیل

ثبت مشاوره تغذیه

بخشها----غذا---سفارش غذای بیماران-----ENTER
-----نام بیمار---مشاوره---نیاز به مشاوره---
درخواست مشاوره

ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری

*در صورت وجود زخم فشاری موقعیت آناتومیک آن ذکر
شود.....

دارد

ندارد

احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری

ارزیابی احتمال خطر سقوط

احتمال خطر سقوط: ▶

- ندارد
- دارد

ریسک بالا ۴۵ به بالا ریسک متوسط ۲۵-۴۵ ریسک پایین ۰-۲۴	۱۰	بی اختیاری دفعی	۱۰	سابقه سوء مصرف دارو و الکل	۲۰	گیج بودن، عدم هوشیاری و توهم
	۵	سن بالای ۷۰	۱۰	وسایل کمک حرکتی	۲۰	ضعف و عدم تعادل
	۵	قضاوت مختل	۱۰	افت فشار خون وضعیتی	۱۵	سابقه تشنج و سنکوب
	۲	مشکلات کلامی	۱۰	کم بینایی	۱۵	سابقه سقوط اخیر
	۲	مشکلات شنوایی	۱۰	مصرف نارتوتیک، دیورتیک، ضد فشار	۱۵	همی پلژی، بی حسی، سکتة مغزی

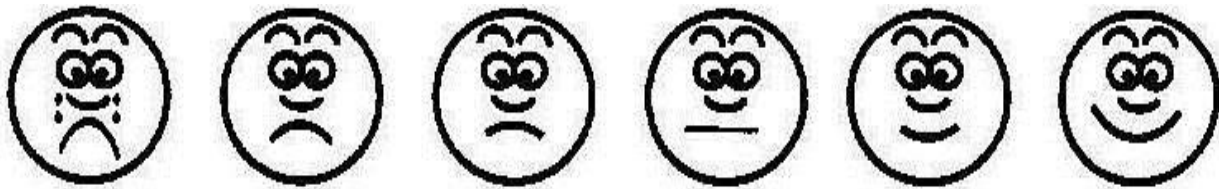
غربالگری و بررسی درد

در صورت وجود درد از صفر تا ده نمره درد بیمار چند است؟
محل درد:

طول مدت: مداوم متناوب
روش های تسکین درد:

دارویی (ذکر نام دارو):
روش:

غیردارویی ذکر
روش:



ارزیابی نیاز به مددکاری اجتماعی

- بیمار جزء گروه های پرخطر اجتماعی می باشد(رجوع به راهنما): بله خیر
- *مشکل در پرداخت هزینه های درمان(مصدومیان ترافیکی،مصدومین شغلی، فاقد بیمه، اتباع غیر ایرانی): ندارد دارد
- *حضور همراه موثر: خیر بله نسبت با بیمار:
- *ارجاع ازارگانهای قضایی و حمایتی: بله خیر

بدون مشکل *

ارزش های مذهبی و فرهنگی

ارزشهای مذهبی و فرهنگی بیمار / خانواده که بر روی روند درمان با آموزش تاثیر

گذار باشد: بله خیر غیر قابل ارزیابی

در صورت جواب بله توضیح دهید

.....

نیاز های آموزشی و خود مراقبتی

آیا بیمار تمایل به یادگیری دارد؟ بله خیر

آیا بیمار توانایی یادگیری دارد؟ بله خیر

در صورت جواب خیر نزدیکترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش:

.....

موانع یادگیری: خیر بله نام برید:

ذکر نیاز های آموزشی بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده

بررسی بیشتر

آیا بیمار نیاز به بررسی های جامع تر ذیل دارد (در صورت بله موارد مشخص شود)؟

خیر بله

مددکاری تغذیه ای بازتوانی روانپزشکی سایر

تشخیص های پرستاری

تشخیص های پرستاری بدو ورود با توجه به ارزیابی اولیه:

-۱

-۲

-۳

نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار

ساعت پایان ارزیابی

تاریخ

تشخیص پرستاری

افسردگی ▶

◆ نامیدی ▶

- ◆ ریسک خودکشی
- ◆ سوگ غیر عملکردی
- ◆ اختلال تعامل اجتماعی
- ◆ انزوای اجتماعی
- ◆ اختلال اعتماد به نفس

اختلال دو قطبی: ▶

- ◆ بی قدرتی
- ◆ انزوای اجتماعی
- ◆ ریسک تنهایی
- ◆ اختلال الگوی فعالیت جنسی

تشخیص پرستاری

▶ اسکیزوفرنی

- ◆ سندرم اختلال درک و تفسیر محیطی
- ◆ اختلال فرآیندهای فکری
- ◆ اختلال درک حسی شنوایی

اضطراب

- ◆ اختلال الگوی خواب
- ◆ ترس
- ◆ اختلال تعامل اجتماعی
- ◆ ایفای نقش ناموثر

از توجه شما متکرم

