

فرم ارزیابی و شناخت پرستاری کودکان

۱-۳ سالگی

شماره پرونده:

پزشک معالج:	بخش:	نام:		نام خانوادگی:
	اتاق:	تاریخ تولد:		نام پدر:
بیمه: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	تاریخ پذیرش:	<input type="checkbox"/> غیرایرانی	<input type="checkbox"/> ایرانی	جنس: <input type="checkbox"/> دختر
	نوع بیمه:	تحصیلات پدر:	تحصیلات مادر:	<input type="checkbox"/> پسر
آدرس محل سکونت:				
شماره تماس ضروری:				

<p>سطح تریاژ: <input type="checkbox"/> یک <input type="checkbox"/> دو <input type="checkbox"/> سه <input type="checkbox"/> چهار <input type="checkbox"/> پنج</p>	<p>مربوط به اورژانس</p>
<p>علت بستری (باتشخیص اولیه پزشک معالج): شکایت اصلی بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار یا همراه وی): شرح حال بیمار براساس معاینات انجام شده:</p> <p>تاریخ پذیرش در بخش: ساعت پذیرش در بخش: قد: وزن:</p> <p>نحوه ورود: <input type="checkbox"/> باپای خود <input type="checkbox"/> برانکارد <input type="checkbox"/> صندلی چرخ دار <input type="checkbox"/> درآغوش والدین <input type="checkbox"/></p> <p>سایر موارد:</p> <p>منبع اطلاعات: <input type="checkbox"/> بیمار <input type="checkbox"/> خانواده <input type="checkbox"/> دوستان <input type="checkbox"/> سایر:</p> <p>همراهان بیمار: <input type="checkbox"/> خانواده <input type="checkbox"/> دوستان</p> <p>مراجعه از: مطب پزشک <input type="checkbox"/> اورژانس <input type="checkbox"/> اتاق عمل <input type="checkbox"/> بخش ویژه <input type="checkbox"/> سایر:</p> <p>تغذیه: شیرمادر <input type="checkbox"/> شیرخشک <input type="checkbox"/> غذای کمکی <input type="checkbox"/> شیرگاو و ... <input type="checkbox"/></p>	<p>اطلاعات پایه</p>
<p>BP = Oral =</p> <p>Pr = T: Axillary =</p> <p>Rr = Rectal =</p>	<p>علائم حیاتی</p>

حساسیت	<p>دارویی: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع دارو: عکس العمل:</p> <p>غذایی: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع غذا: عکس العمل:</p> <p>فصلی: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> فصل: عکس العمل:</p>
تاریخچه سلامتی	<p>سابقه بستری در بیمارستان <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> چندبار:</p> <p>دلیل بستری شدن از نظر خانواده:</p> <p>سابقه جراحی در گذشته: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع جراحی:</p>
	<p>واکسیناسیون کامل: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت واکسیناسیون ناقص:</p> <p>واکنش به واکسن: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سه گانه <input type="checkbox"/> فلج اطفال <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/></p> <p>علائم واکنش به واکسن:</p>
	<p>سوابق بیماری:</p> <p>اختلالات دهان <input type="checkbox"/> اختلالات دندان <input type="checkbox"/> ناهنجاری مادرزادی <input type="checkbox"/></p> <p>مشکلات قلبی <input type="checkbox"/> مشکلات تنفسی <input type="checkbox"/> مشکلات گوارشی <input type="checkbox"/></p> <p>دیابت <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> هیپرتاسیون <input type="checkbox"/></p> <p>بیماری کلیوی <input type="checkbox"/> عفونت ادراری <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/></p> <p>بیماری متابولیک <input type="checkbox"/> مشکلات اعصاب و روان <input type="checkbox"/> کانسر <input type="checkbox"/></p> <p>هموفیلی <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/> G6PD <input type="checkbox"/></p> <p>همی پلژی <input type="checkbox"/> پاراپلژی <input type="checkbox"/> سایر موارد: نوع بیماری:</p>
سابقه تزریق خون:	<p>دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> چند بار: زمان:</p> <p>سابقه بروز عوارض حاد مرتبط با تزریق خون: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> علائم:</p>
سابقه بیماری خاص در خانواده:	<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام بیماری:</p>
سابقه مصرف دارو:	<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام داروها:</p>
خواب و استراحت:	<p>آرام <input type="checkbox"/> مشکلات خواب <input type="checkbox"/></p>
رژیم غذایی خاص:	
وضعیت ارتباطی	<p>سطح هوشیاری:</p> <p>هوشیار <input type="checkbox"/> خواب آلود <input type="checkbox"/> گیج <input type="checkbox"/> بدون پاسخ <input type="checkbox"/> آگاه به زمان و مکان <input type="checkbox"/></p> <p>همکاری دارد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>زبانی که صحبت می کند: فارسی <input type="checkbox"/> زبان های دیگر:</p> <p>نحوه صحبت کردن: واضح <input type="checkbox"/> اشکال در تکلم <input type="checkbox"/> عدم توانایی در صحبت کردن <input type="checkbox"/></p>

نورولوژی:

سطح هوشیاری: هوشیار خواب آلود گیج بدون پاسخ آگاه به زمان و مکان

مردمک: پاسخ به نور: دارد ندارد چشم راست

دارد ندارد چشم چپ

پاسخ چشمی: خودم خودی پاسخ به صدا پاسخ به درد بدون پاسخ

نمره ۴

پاسخ کلامی: پاسخ با آگاهی کامل خواب آلود و گیج کلمات نامربوط اصوات نامفهوم

بدون پاسخ

نمره ۵

پاسخ حرکتی: از دستورات اطاعت می کند محل درد را لوکالیزه می کند

خودرا از تحریک دور می کند خم کردن غیرطبیعی اندام ها

نمره ۶

باز کردن غیر طبیعی اندام ها بدون پاسخ

GCS : (EYE: +VERBAL: +MOTOR :)

سرگیجه عدم تعادل سردرد قدرت برابر و متقارن اندام ها همی پلژی پاراپلژی

قلبی عروقی:

فشارخون: تعداد نبض:

نبض: قوی ضعیف منظم نامنظم غیر قابل لمس

نوارقلب: طبیعی غیرطبیعی

ادم اندام ها: بله خیر محل و نوع ادم:

درد قفسه سینه: بله خیر شدت: کم زیاد محل:

تنفسی:

راه هوایی باز اختلال درراه هوایی

تنفس: بدون مشکل کوشش سطحی عمیق آپنه رتراکسیون

استفاده از عضلات شکمی یادیافراگمی

دیس پنه: بافعالیت درزمان استراحت

سرفه: بله خیر چه موقع:

خلط: بله خیر مقدار، قوام و رنگ خلط:

سیانوز هموپتزی

عضلانی اسکلتی:

- اندام فوقانی
- راست: طبیعی دارای درد دفورمیتی پارگی
- بی حسی عدم حرکت گزگز قطع عضو
- چپ: طبیعی دارای درد دفورمیتی پارگی
- بی حسی عدم حرکت گزگز قطع عضو

- اندام تحتانی
- راست: طبیعی دارای درد دفورمیتی پارگی
- بی حسی عدم حرکت گزگز قطع عضو
- چپ: طبیعی دارای درد دفورمیتی پارگی
- بی حسی عدم حرکت گزگز قطع عضو

- شکستگی محل: _____ زمان: _____
- دررفتگی محل: _____ زمان: _____
- اختلال در راه رفتن اختلال در حرکت تعادل عدم تعادل
- اختلال در حس اختلال در رفلکس های حرکتی فلج حرکتی و شل
- هیپراکتیویته دفورمیتی اندام ها محدودیت های حرکت مفاصل تورم مفصل

ادراری - تناسلی

- بدون مشکل تکرر ادرار سوزش ادرار فوریت در دفع ادرار
- هماچوری بی اختیاری ادراری درد پهلو شب ادراری
- علائم غیر طبیعی دستگاه ژنیتال آنوری

پوست:

- بدون مشکل رنگ پوست: کبود رنگ پریده زرد
- ضایعات پوستی: زخم آکیموز التهاب خارش راش جلدی محل و اندازه ضایعه:
- نوع زخم: سطحی عمقی
- وجود ترشحات زخم: بله خیر رنگ و مقدار ترشحات:
- زخم بستر: بله خیر محل و اندازه:
- جراحی پوست: بله خیر محل و اندازه: _____ زمان: _____

چشم:

- راست: شفاف اشک ریزشی ملهت قرمز نا بینا
- چپ: شفاف اشک ریزشی ملهت قرمز نا بینا

- بینی: سالم دفورمیتی خونریزی شکستگی

گوش:

- راست: سالم درد خونریزی شکستگی ناشنوا
- چپ: سالم درد خونریزی شکستگی ناشنوا

گوارش

- بدون مشکل تهوع استواغ بی اشتهایی کم اشتها
- اسهال یبوست حساسیت در لمس شکم دیستانسیون
- درد در هنگام دفع مدفوع ملنا نفخ اختلال در بلع هماتمز

روحي - روانی

- شاد آرام مضطرب پرخاشگر ترسو واکنش نسبت به تنش های روحی یا بیماری
- تعریق حرکات غیر ارادی هانه گیر گریه

ارزیابی هوش:

۱۲ ماهگی:

- ۳ تا ۵ کلمه می گوید مثل بابا و مامان بله خیر
- اشیاء را به اسم می شناسد بله خیر
- دستورات ساده شفاهی می فهمد (مثل بده به من ، چشم هایت را به من نشان بده) بله خیر

۱۵ ماهگی:

- ۴ تا ۶ لغت می گوید : شامل اسامی بله خیر
- دست و پا شکسته حرف می زند بله خیر
- با اشاره کردن به اشیاء در مورد آنها می پرسد بله خیر
- بازت و تکان دادن سر «برای گفتن نه» استفاده می کند بله خیر
- در مواقعی که موافق است از «نه» استفاده می کند بله خیر

۱۸ ماهگی:

- ۱۰ کلمه یا بیشتر می گوید بله خیر
- به برخی اشیاء متداول اشاره می کند مثل کفش یا توپ بله خیر
- دویا سه قسمت بدن را می داند مثل دست، پا و سر بله خیر
- وابستگی به برخی وسایل مثل پتوییش و عروسکش دارد بله خیر

۲۴ ماهگی:

- دامنه ی لغاتی بالغ بر ۳۰۰ کلمه دارد بله خیر
- جملاتی با ۲-۳ کلمه به کار می برد بله خیر
- با خود حرف می زند بله خیر

از ضمایر «من»، «به من»، «تو» استفاده می کند

دستورات جهت دار را می فهمد(بیا، برو،...)

نام خود را می گوید ، به خودش با نامش اشاره می کند

نیاز خویش توالت ، غذاخوردن یا نوشیدن به زبان می آورد

۳۰ ماهگی:

نام و نام خانوادگی خود را می گوید

کلمات جمع به کار می رود

یک رنگ را می شناسد

۳ سالگی:

۹۰۰ لغت می داند

جملات دارای ۳ تا ۴ کلمه است (جمله های کامل می سازد)

پشت سرهم حرف می زند حتی اگر کسی به او گوش ندهد

زیاد می پرسد «چرا»

آوازی خواند

ارزیابی حسی - حرکتی

۱۲ ماهگی:

با گرفتن یک دست او، راه می رود

به خوبی برای خودش می چرخد

تلاش می کند که لحظه ای تنها بایستد

می تواند اولین قدم رابه تنهایی بردارد

ازحالت ایستاده می تواند بنشیند (بدون کمک)

مکعب را در ظرف رهامی کند

سعی در ساختن بلوک با دو تکه می کند (ولی شکست می خورد)

سعی در واردکردن گلوله ها دریک شیشه دهانه تنگ می کند ولی موفق نمی شوند

موفق به ورق زدن کتاب (ولی چندین ورق باهم)) می شود

اشکال هندسی ساده مثل دایره را تشخیص می دهد

می تواند سرعت یک جسم در حال حرکت را تعقیب کند

پاسخ به صدا ها می دهد و صداها را به خاطر تقلید گوش می دهد

۱۵ ماهگی:

بدون کمک قادر به راه رفتن است

ازپله ها به کمک دستهایش بالامی رود

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

خیر

بله

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	بدون کمک قادر به زانوزدن است
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	قادر به راه رفتن در گوشه ها نیست
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	بدون از دست دادن تعادل قادر به ایستادن یکباره نیست
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	نمی تواند توپ را پرتاب کن
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	به طور مکرراشیاء را روی زمین می اندازد
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	قادر به ساختن بلوک های دوتایی با گلوله یا مکعب می باشید
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	دومکعب را باهم در یک دست می گیرید
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	قادر است گلوله را دریک شیشه با دهانه تنگی بیاندازد
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	خطوطی مبهم و نامفهوم ترسیم می کند
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	طرز استفاده از فنجان را می داند
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	قاشق رو سرو ته می گیرد

۱۸ ماهگی:

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	ناشیانه می دود، اغلب می افتد
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	قادر به بالا رفتن از پله هاست وقتی که بایک دست گرفته
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	اسباب بازی را می کشد یا هل می دهد
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	درجا با دوپا می پرد
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	خودش روی صندلی می نشیند
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	توپ را به بالا پرت می کند
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	با ۳-۴ مکعب برج می سازد
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	رهاکردن ، گرفتن اشیاء را با مهارت انجام می دهد
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	دریک زمان کتاب را ورق می زند(۲-۳ ورق باهم)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	ترسیم خطوط را تقلید می کند
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	قاشق را می گیرد و به دهان می برد (بدون وارونه کردن)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	می تواند لباس هایش را ازتن خارج کند
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	می تواند زیپ بزرگ کیف یا لباس را باز کند

۲۴ ماهگی:

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	ازپله ها بالا و پایین می رود با هر دوپا(هر قدم که برمی دارد یکی از پاها را می گذارد)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	نسبتا خوب می دود ولی گشاد گشاد
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	شی را بدون افتادن بر می دارد
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	توپ را با پا به جلو پرت می کند (بدون از دست دادن تعادل)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	با ۶-۷ مکعب برج می سازد
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	۲-۳ مکعب یا بیشتر را پشت سرهم قطاری می چینند

کتاب را ورق می زند(هربار یک برگ)
 ترسیم خطوط عمودی و دایره را تقلید می کند
 دستگیره در را می چرخاند و در را باز می کند
 در تشخیص اشکال هندسی قادر است یک مکعب کوچک را در مکعب بزرگ قرار دهد

۳۰ ماهگی :

با دو پا می پرد
 از پله یا صندلی می پرد
 لحظه ای روی یک پا می ایستد
 چند قدم روی پا وانگشتان پا راه می رود
 با هشت مکعب برج می سازد
 به مکعب های قطاری شده دودکش اضافه می کند
 بین دست و انگشتانش هماهنگی خوبی دارد (مثلا مداد را با انگشت می گیرد و نه مثل قبل با مشت) بله خیر
 انگشتان دست را مستقلا حرکت می دهد
 در ترسیم خطوط عمودی واضح را تقلید می کند

۳ سالگی :

توانایی سه چرخه سواری ، پریدن از آخرین پله ، چند ثانیه روی یک پا می ایستد
 موقع راه رفتن تعادل دارد
 می تواند هنگام بالا و پایین رفتن از پله ها پایش را عوض کند
 می رقصد ولی کاملا تعادل ندارد
 با ۹ یا ۱۰ مکعب با الگو برج می سازد
 به راحتی گلوله ها را وارد بطری با دهانه تنگ می کند
 دایره را کپی می کند ، خط متقاطع را تقلید می کند و اسامی آنها را نام می برد
 میتواند یک دایره با مشخصات صورت بکشد
 می تواند به تنهایی غذا بخورد
 لباس مستقل است
 می تواند از پارچ یا قوری آب بریزد

بازی

آیا کودک بازی می کند؟ بله خیر

۱۲ ماهگی :

دالی کردن سایر موارد:

۱۵ ماهگی :

دالی کردن قائم باشک گل بازی

روی هم چیدن اسباب بازی هل دادن توپ روی کف اتاق

کشاندن اسباب بازی به دنبال خود عرسک بازی

همه موارد هیچکدام سایر موارد :

۱۸ ماهگی :

سوارشدن بر اسب چوبی متحرک خانه سازی دالی کردن خط خطی کردن پرت کردن توپ

گرگم به هوا بازی پر سر و صدا کشیدن اسباب بازی متحرک با مکعب اشکال مختلف می سازد

بازی فکری همه موارد هیچکدام سایر موارد :

۲۴ ماهگی:

گل بازی پخش کردن ، پاک کردن رنگ با انگشتان گوش دادن به موسیقی در رادیو و تلویزیون

علاقه به خواندن کتاب داستان و شعر توسط دیگران برای وی خراب کردن اسباب بازی

استفاده از اسباب بازی هایی مثل سرویس چای خوری - غذاخوری و عروسک بازی های فکری

همه موارد هیچکدام سایر موارد :

۳ سالگی:

بازی کردن با بچه های دیگر خانه سازی با قطعات

نقاشی و رنگ آمیزی بازی با وسایل پزشکی ، پرستاری و نجاری

هنگام عروسک بازی از خانه تقلید می کند بازی های فکری

همه موارد هیچکدام سایر موارد :

رفتارهای عاطفی و اجتماعی و شناخت:

۱۲ ماهگی:

عواطفی مثل حسادت ، تقاضای بوسیدن، عصبانیت، ترس، محبت، و خشم رانشان می دهد بله خیر

از محیط های آشنا لذت می برد بله خیر

در موقعیت های غریبه (ناآشنا) می ترسد و به والدین می چسبد بله خیر

با پتو یا عروسک مورد علاقه اش احساس امنیت می کند بله خیر

تنبال شیء می گردد چه پنهان شده باشد و چه نشده باشد بله خیر

در این صورت آخرین جایی که شیء رادیده جستجو می کند بله خیر

۱۵ ماهگی:

قادر به تحمل جدایی والدین تا حدی است بله خیر

ترس از غریبه کمتر شده است بله خیر

از والدین تقلید می کند مثل تمییز کردن منزل ، تا کردن لباس ، چمن زنی بله خیر

قادر به نوشیدن به تنهایی از طریق لیوان ها مخصوص درب دار است

(البته با کمی ریخت و پاش کودکانه) بله خیر

پس از خوردن شیر، شیشه شیر را پرتاپ می کند بله خیر

قادر به استفاده از قاشق است ولی در نزدیکی دهان آن را می چرخاند

خیر بله

والدینش را بغل کرده و می بوسد

خیر بله

گاهی عکس های کتاب را می بوسد

خیر بله

عواطف را بروز می کند (ترس - محبت - خشم و بوسیدن)

خیر بله

کج خلق است

خیر بله

درخارج کردن لباسش کمک می کند

خیر بله

۱۸ ماهگی :

بسیار تقلید می کند (به خصوص در کارهای خانه)

خیر بله

به راحتی از قاشق استفاده می کند

خیر بله

خودش کفش و جوراب و دستکش را در می آورد و زیب لباسش را باز می کند

خیر بله

کج خلقی اش بیشتر شده است

خیر بله

شروع به آگاهی در مورد مالکیت می کند (کفش من - لباس من)

خیر بله

۲۴ ماهگی :

دامنه توجه تقویت شده است

خیر بله

کج خلقی کم تر شده است

خیر بله

مردم را برای نشان دادن چیزی می کشد

خیر بله

استقلال و عدم وابستگی به مادر افزایش یافته است

خیر بله

لباس های ساده و راحت را خودش می پوشد

خیر بله

با خوابیدن مخالفت می کند

خیر بله

از تاریکی و حیوانات می ترسد

خیر بله

با کمک شما مسواک می زند

خیر بله

۳۰ ماهگی :

از مادرش راحت تر جدا می شود

خیر بله

دربازی ، در جمع کردن وسایل کمک می کند

خیر بله

قادر به حمل اشیاء شکستنی است

خیر بله

با نیروی خوبی هل می دهد

خیر بله

به جنسی اشاره می کند

خیر بله

به تنهایی به توالت می رود ولی برای تمیز کردن خود نیاز به دیگران دارد

خیر بله

۳ سالگی :

در پوشیدن لباس مستقل می شود

خیر بله

(البته باید برای بستن دکمه های عب و کفش چپ و راست مشخص گردد)

خیر بله

دامنه توجه نسبت به قبل بیشتر شده است

خیر بله

در چیدن میز کمک می کند و ظرف ها رو خشک می کند

خیر بله

- از جنسیت خود و دیگران آگاه است یا به عبارت دیگر جنس مؤنث و مذکر را می شناسد بله خیر
- علاقمند به بازی های گروهی و پیروی از قوانین خود است بله خیر
- نسبت به زمان درک پیدا می کند و در صحبتهاش زمان محور است بله خیر
- درک از فاصله بیشتر شده است بله خیر
- توانایی اجرای امر و نهی را دارد بله خیر
- توانایی در نظر گرفتن مفاهیم از نقطه نظر دیگر را شروع می کند بله خیر
- تلاش می کند دیگران را راضی نگه دارد بله خیر
- البته غالباً اجرا دستورات برای فرار از تنبیه و به دست آوردن جایزه است بله خیر
- حسادت به خواهر و برادر کوچکتر کمتر شده است بله خیر
- از وظایف مربوط نقش جنسی آگاه می شود بله خیر
- و اگر دختر است با مادر و اگر پسر است با پدر همانند سازی می کند بله خیر
- می تواند برای مدت کوتاهی از والدین جدا بماند بله خیر

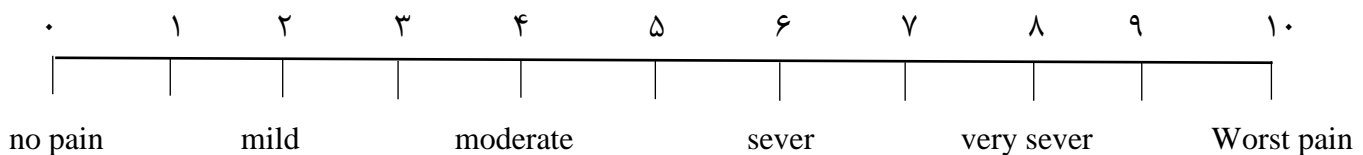
درد: دارد ندارد محل درد: زمان شروع: مدت زمان: عوامل تشدید کننده درد:

راه رفتن تغییر وضعیت خوردن دراز کشیدن به جلو خم شدن سایر موارد: عوامل تسکین دهنده:

دارویی: بله خیر نام دارو: تأثیر: موثر بود تا حدودی موثر بود موثر نبود

غیر دارویی: بله خیر سرما گرما ماساژ حواس پرتی آرام کردن محیط تغییر وضعیت سایر موارد: تأثیر: موثر بود تا حدودی موثر بود موثر نبود

درکودکان مقیاس شکلی جهت درد ارائه گردد (نمره ۱-۱۰)



نمره درد: ۰ ۱-۳ ۴-۶ ۷-۹ ۱۰

خدمات خود مراقبتی و باز توانی

اشکال در صحبت کردن : بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بدون تکلم <input type="checkbox"/> باوقفه (لکنت) <input type="checkbox"/>
مشکل بینایی : بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
چشم راست: نابینایی <input type="checkbox"/> کم بینایی <input type="checkbox"/> عینک <input type="checkbox"/> لنز تماسی <input type="checkbox"/>
چشم چپ: نابینایی <input type="checkbox"/> کم بینایی <input type="checkbox"/> عینک <input type="checkbox"/> لنز تماسی <input type="checkbox"/>
مشکل شنوایی: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
گوش راست: ناشنوا <input type="checkbox"/> کم شنوا <input type="checkbox"/> سمعک <input type="checkbox"/>
گوش چپ: ناشنوا <input type="checkbox"/> کم شنوا <input type="checkbox"/> سمعک <input type="checkbox"/>
توانایی انجام کار روزانه : بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
لباس پوشیدن: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> باکمک <input type="checkbox"/> بدون کمک <input type="checkbox"/>
حرکت : بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> باکمک <input type="checkbox"/> بدون کمک <input type="checkbox"/>
غذا خوردن: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> باکمک <input type="checkbox"/> بدون کمک <input type="checkbox"/>
نقص و قطع عضو بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> استفاده از عصا <input type="checkbox"/> واکر <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/>
دندان: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> تعداد: _____
استفاده از اکسیژن در خانه: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
نحوه استفاده: ماسک <input type="checkbox"/> نزال <input type="checkbox"/> چادراکسیژن <input type="checkbox"/> مدت زمان استفاده در روز: _____
داشتن : درن <input type="checkbox"/> گچ <input type="checkbox"/> آتل <input type="checkbox"/> پاسمان <input type="checkbox"/> تراکشن <input type="checkbox"/> محل آن: _____

ارزیابی خطرات

ارزیابی خطر سقوط
گیج بودن <input type="checkbox"/> عدم هوشیاری <input type="checkbox"/> توهم <input type="checkbox"/> ضعف <input type="checkbox"/>
عدم تعادل <input type="checkbox"/> سابقه تشنج <input type="checkbox"/> فشار خون وضعیتی <input type="checkbox"/> بالانبودن Bedsid <input type="checkbox"/>
وضعیت ذهنی (فراموشی در محدودیت های حرکتی) <input type="checkbox"/>
مصرف دارو: آرامبخش <input type="checkbox"/> خواب آور <input type="checkbox"/> سایر موارد: _____
استفاده از وسایل کمک حرکتی: عصا <input type="checkbox"/> واکر <input type="checkbox"/> چوب زیر بغل <input type="checkbox"/>
ارزیابی ریسک زخم بستر:
CBR بودن <input type="checkbox"/> عدم امکان جا به جایی بودن کمک <input type="checkbox"/> بی حسی کامل اندام ها <input type="checkbox"/> NPO بودن <input type="checkbox"/> گاوژ <input type="checkbox"/>
نیاز به تعویض مکرر ملافه <input type="checkbox"/> احتمال ساییدگی در جابه جایی ها <input type="checkbox"/> عدم دریافت تغذیه مناسب و کافی <input type="checkbox"/>
محدودیت و ضعف و بی حسی اندام ها <input type="checkbox"/> آلبومین زیر ۲۵ <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> آنمی <input type="checkbox"/> زخم بستر از منزل <input type="checkbox"/>

خدمات اجتماعی و مددکاری

سیستم حمایتی :
خانواده <input type="checkbox"/> آشنایان <input type="checkbox"/> بهزیستی <input type="checkbox"/> کمیته امداد <input type="checkbox"/> هیچ کس <input type="checkbox"/>
احتمال آسیب/ خشونت/ سوء استفاده : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
عدم توانایی مراقبت از خود <input type="checkbox"/> عدم توانایی الگوی تطابقی (ارتباط برقرار کردن) <input type="checkbox"/>
نیاز به خدمات مددکاری : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>

خدمات ارتقای سلامت

ارزیابی ارتقاء سلامت از نظر عام:
تغذیه <input type="checkbox"/> عدم تحرک و چاقی <input type="checkbox"/> روانی <input type="checkbox"/> اجتماعی <input type="checkbox"/> اقتصادی <input type="checkbox"/>

سلامت خدمات ارتقای	ارزیابی ارتقاء سلامت از نظر خاص: بیماری‌های قلبی <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> بیماری‌های ریوی <input type="checkbox"/> فلج <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> آیا بیمار نیاز به بررسی جامع تر دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> روانپزشکی <input type="checkbox"/> شنوایی سنجی <input type="checkbox"/> چشم پزشکی <input type="checkbox"/> فیزیوتراپی <input type="checkbox"/> سایر موارد:
نیازهای آموزشی	آشنایی با بیماری توسط خانواده: تعریف <input type="checkbox"/> علایم <input type="checkbox"/> عوارض بیماری <input type="checkbox"/> رژیم غذایی <input type="checkbox"/> داروها و مصرف آن <input type="checkbox"/> مراقبت <input type="checkbox"/> فعالیت و استراحت <input type="checkbox"/> تسکین درد <input type="checkbox"/>
اقدامات	معرفی به مددکاری اجتماعی <input type="checkbox"/> معرفی به کارشناس ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> معرفی به روانشناس کودک <input type="checkbox"/> معرفی به خیرین <input type="checkbox"/> معرفی به کارشناس تغذیه <input type="checkbox"/> معرفی به بهزیستی <input type="checkbox"/> سایر موارد:

تشخیص پرستاری:

اقدامات پرستاری: