

عنوان دستورالعمل :

ارزیابی اولیه پرستاری

کد: WIC10-01	شماره ویرایش: ۱۱	تاریخ تصویب و ابلاغ: ۱۴۰۵/۲/۲۰
حوزه تولید: پرستاری	تعداد صفحه ها: ۱۵	تاریخ آخرین ویرایش: ۱۴۰۵/۲/۱۷
هدایت کننده: سوپروایزر بالینی/سرپرستار		تاریخ بازبینی بعدی: ۱۴۰۶/۲/۲۰

اهداف:

ارائه خدمات مناسب که همانا انجام اقدام صحیح برای بیمار درست در زمان مناسب و به روش درست می باشد. برای این منظور لازم است بررسی اولیه از شرایط بیمار و وضعیت کنونی وی صورت پذیرد. برای حصول اطمینان از اثربخشی انجام اقدامات براساس ارزیابی اولیه و مطابقت آن با نیازهای جسمانی، روانی، اجتماعی و آموزشی ... دستورالعمل ارزیابی اولیه پرستاری تدوین گردیده است. بحث ارزیابی اولیه، کادر درمان را نسبت به تصمیم گیری و اقدامات بعدی توجه می کند و در عین حال در مراقبت ها و تحلیل بیمار در شیفتهای مختلف اهمیت خاصی را دارا می باشد. و هدف از ارزیابی اولیه شناسایی بیماران پر خطر از نظر مراقبتی و ارائه طرح درمان و مراقبت مناسب با توجه به یافته های موجود است.

دامنه کاربرد :

تمامی بخش ها

تعریف واژگان و کلمات کلیدی:

BMI: Body Mass Index

روش انجام کار :

۱. فرم ارزیابی اولیه بیمار که در پرونده بیماران موجود است می بایست در بدو ورود بیمار پس از مستقر شدن بیمار در تخت توسط پرستار بخش و بر بالین بیمار تکمیل گردد. در بخش های بستری و اورژانس طبق محدوده زمانی اعلام شده نیم ساعت و حداکثر تا پایان همان شیفتهای ویژه بلافاصله پس از ورود بیمار می بایست تکمیل گردد. فرم باید توسط پرستار پس از معرفی خود به بیمار و کسب اجازه از بیمار/والدین/همراه بیمار با استفاده از تکنیک های مصاحبه، مشاهده و بررسی اطلاعات لازم تکمیل گردد. لازم بذکر است هدف از ارزیابی اولیه بررسی و شناخت وضعیت سلامت و اولویت های درمانی بدو ورود بیمار می باشد و جایگزین ارزیابی مستمر در هر نوبت کاری که یکی از ارکان اصلی مراقبت پرستار است نمی شود.
۲. ارزیابی اولیه یکبار در طول بستری بیمار انجام می شود. در اورژانس ملاک ارزیابی بیمار تریاژ و گزارش اولیه پرستاری است. در مورد انتقال بیمار از بخش های بستری به بخشهای CCU و ICU و ... فقط تغییر شرایط بیمار در گزارش پرستاری ثبت می گردد و نیازی به پر کردن فرم جدید ارزیابی اولیه وجود ندارد. معهدا پرستار در بخش مقصد حتماً باید از پر شدن فرم ارزیابی اولیه در بخش مبدا اطمینان حاصل نماید (برگه پر شده در پرونده کنترل شود).

- ۲,۱ چنانچه بیماری بیش از ۱۲ ساعت در اورژانس ماندگاری داشته باشد یا در سرویس مشخصی بستری گردد فرم ارزیابی اولیه پرستاری (جامع) تکمیل می شود.
- ۲,۲ در خصوص بیماران تحت نظر اورژانس بایستی در بدو پذیرش ارزیابی اولیه شامل وضعیت هوشیاری، جسمی، روانی و عوامل تهدید کننده ایمنی به همراه اقدامات پرستاری لازم در بخش انجام و در گزارش پرستاری اولیه ثبت و طرح و مراقبت لازم درمانی توسط پرستار برنامه ریزی و اجرا شود.
۳. پس از کنترل صحت مشخصات دستبند بیمار با خود بیمار و مدارک موجود ارزیابی اولیه پرستاری در فرم مربوطه به طور کامل و جامع وارد می شود. (بر اساس فرم موجود در پرونده)
۴. مشخصات بیمار باید در بالای فرم به دقت تکمیل گردد. (نام و نام خانوادگی و.....)
۵. در قسمت اطلاعات پایه (ساعت ورود، سن، جنس، میزان تحصیلات، منبع اطلاعات، علائم حیاتی، نحوه ورود و لوله و اتصالات بیمار) می بایست با دقت ثبت گردد.
۶. وضعیت ارتباطی بیمار با توجه به بررسی گویش بیمار، مشکلات شنوایی و بینایی و سطح هوشیاری ثبت می شود.
۷. در بررسی تاریخچه سلامتی و بیماری شکایت بدو ورود بیمار به دقت ثبت شده و سوابق بیماریهای قبلی، جراحی، تزریق خون و واکنش نسبت به آن، خواب و استراحت و عادات پرخطر مثل مصرف سیگار و الکل و کار در معادن هم ثبت می گردد.
۸. حساسیت های دارویی و غذایی بیمار و نوع واکنشی که به آنها نشان می دهد به دقت ثبت می گردد و چنانچه بیمار حساسیت شناخته شده دارویی یا غذایی داشت دستبند شناسایی به رنگ قرمز یا لیبل قرمز روی دستبند شناسایی چسبانده می شود و نوع حساسیت دارویی در سیستم His ثبت می گردد.
۹. ارزیابی سیستم های بدن طبق آیتم های فرم ارزیابی اولیه بررسی و ثبت می شوند (مغز و اعصاب، قلب و عروق، ریه، دستگاه گوارش، ادراری / تناسلی، دهان و دندان) ارزیابی وضعیت روحی و روانی بیمار بسیار مهم است. سابقه خودکشی و یا صدمه به دیگران حتماً می بایست در فرم ثبت گردد.
۱۰. داروهای مصرفی بیمار، نحوه مصرف، دوز دارو و ... به دقت ثبت می گردد.
۱۱. قطع عضو، استفاده از پروتز، دندان مصنوعی، مشکلات شنوایی و بینایی، استفاده از سمک و عینک در فرم اولیه ثبت می گردد تا براساس آن نیاز به سطح مراقبتی بالاتر (با توجه به محدودیتها، ناتوانیها و سطح هوشیاری بیمار) تعیین گردیده و به سایر همکاران اطلاع داده شود در کاردکس ثبت شود.
- ۱۱,۱ در بیماران کودک توانایی انجام فعالیت های روزانه زندگی (غذا خوردن، لباس پوشیدن و ...) با توجه به سن تقویمی و ناتوانی بیمار سنجیده می شود.
۱۲. ارزیابی اولیه تغذیه بیمار نیز که در فرم گنجانده شده بطور کامل بررسی و ثبت می شود (طرز محاسبه نمایه توده بدنی بیمار BMI در پایین فرم می باشد). در صورتیکه نمایه توده بدنی در بیمار بزرگسال کمتر از ۲۰/۵ بوده و یا طی سه ماه گذشته کاهش وزن داشته باشد ارزیابی تخصصی تغذیه و مشاوره تغذیه برای بیمار درخواست می شود
- ۱۲,۱ در مادران باردار علاوه بر موارد فوق وجود دیابت اکلامپسی و پراکلامپسی هم می بایست بررسی و ثبت شود.
- ۱۲,۲ در کودکان بیمار بر اساس Score وزن برای قد Z Score (فرم ضمیمه برگه ارزیابی اولیه می باشد). در صورت Score کمتر از ۲- یا بیشتر از ۲+ در هر گروه سنی یا وجود بیماریهای سرطان، سوختگی، بیماریهای کلیوی، بیماریهای غدد و

متابولیک و یا بیماریهای گوارشی/ کبدی، سوء تغذیه، اعمال جراحی ماژور، ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه طبق صلاحدید پزشک معالج می بایست صورت گیرد.

۱۳. وجود و یا احتمال بروز زخم فشاری طبق جدول راهنمای در بزرگسال و جدول راهنمای در اطفال (پیوست ۱) که ضمیمه فرم می باشد حتماً در فرم ارزیابی اولیه می بایست بررسی و ثبت گردد.

۱۴. احتمال خطر سقوط بر اساس معیار مورس در بزرگسال (پیوست ۳) و Humpty Dumpty (پیوست ۲) در اطفال می باشد حتماً در فرم ارزیابی اولیه می بایست بررسی و ثبت گردد.

۱۵. ارزیابی درد طبق جدول مقیاس، میزان، محل، نوع درد (متناوب/ مداوم) و همراه بودن آن با علائمی مثل تهوع، استفراغ و ... ثبت گردیده و روشهای تسکین درد (دارویی، غیر دارویی) و تاثیر آن هم بر روی فعالیت های بیمار ثبت می شود.

۱۶. در ارزیابی مددکاری سیستم های حمایتی بیمار (همسر، پدر، مادر، بیمه ها و ...) مورد سوال هستند. که ممکن است چند مورد از آنها را داشته باشد در صورت داشتن بیمه نوع آن مشخص گردد و نگرانیهای بیمار در طول بستری نیز تعیین گردد. ارجاع از ارگانهای قضایی و یا حمایتی مشخص گردد. در مورد مصدومین ترافیکی، مصدومین شغلی، اتباع غیر ایرانی و افراد بدون بیمه مشکل در پرداخت هزینه مشخص گردد. ضمناً در این فرم بودن بیمار در گروههای پرخطر اجتماعی می بایست مشخص گردد.

۱۶،۱ در کودکان بیمار نشانه های کودک آزاری (وجود کبودی های متعدد بر روی پوست، آثار زخم و سوختگی، ترس کودک از والدین و یا همراه، تلاش والدین یا همراهان برای پوشاندن محل جراحات، همراه بودن مدارک شناسایی با کودک به قصد فرار از منزل و ...) می بایست ثبت شود.

۱۷. در ارزیابی اولیه ارزشهای فرهنگی و مذهبی بیمار/ والدین یا همراه بیمار در تمامی مراحل مصاحبه باید در نظر گرفته شود تا میزان تاثیر آن بر روند درمان و آموزش بیمار مشخص شده و در برنامه ریزی مراقبتها و آموزش ها لحاظ شود.

۱۷،۱ نیاز آموزشی بر اساس تشخیص پرستاری ثبت می شود.

۱۸. تمایل بیمار/ والدین/ همراه بیمار در برنامه های خودمراقبتی و توانایی یادگیری آنها باید سنجیده شده و موانع یادگیری ذکر گردد.

۱۹. در خاتمه با توجه به ارزیابی انجام شده نیاز بیمار به بررسی های جامع تر در هر کدام از حیطه های بررسی سنجیده و ثبت می گردد و تشخیص های پرستاری و سطوح مراقبتی مشخص شده و ثبت می گردد. در پایان نام و نام خانوادگی، امضاء پرستار، تاریخ و ساعت پایان ارزیابی ثبت می گردد.

۲۰. چنانچه بر اساس ارزیابی اولیه پرستاری بیمار در گروه پر خطر مراقبتی (مانند در معرض خطر، سقوط، زخم بستر، ترومبوآمبولی، تشنج، خودکشی، سوء تغذیه) باشد بایستی دستبند شناسایی بیماران به رنگ زرد یا لیل زرد تغییر یابد و خطر مربوطه در گزارش هر شیفت ثبت و اقدامات مراقبتی و آموزش های خود مراقبتی به بیمار/ همراه ارایه گردد (به جز خطر خودکشی بیمار بایستی از خطر مربوطه آگاه باشد) و به شیفت و گروه درمانی بعدی اطلاع رسانی شود. حتماً بایستی ریسک مربوطه با ذکر امتیاز کسب شده در کاردکس و گزارش پرستاری قید گردد.

۲۱. در بخش کودکان با توجه به این موضوع که اغلب کودکان در معرض سقوط هستند دستبند زرد موضوعیتی ندارد ولی برای پیشگیری از سقوط بایستی بیماران در معرض سقوط شناسایی و برنامه مناسب توسط سرپرستار طراحی و اجرا شود.

۲۲. نتایج ارزیابی اولیه پرستاری به اطلاع پزشک / دستیار معالج رسانده می شود و چنانچه بیمار در گروه پرخطر مراقبتی باشد طرح درمان و مراقبتی لازم توسط پرستار برنامه ریزی و اجرا می شود.

۲۳. در خصوص بیماران سرپایی دیالیز، تالاسمی، شیمی درمانی و نوتوانی در اولین مراجعه به بخشهای سرپایی در صورتی که بیمار به صورت برنامه ریزی شده و منظم مراجعه می نماید یکبار ارزیابی اولیه انجام و در پرونده بیمار ثبت می شود و صرفاً در صورت تغییر در وضعیت بیمار در مراجعات بعدی ارزیابی اولیه توسط پرستار انجام می شود.

پیوست: نمایه توده بدنی BMI = $\frac{\text{وزن (به کیلوگرم)}}{\text{قد (به متر)} \times \text{قد (به متر)}}$

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان و سمت :

- دکتر بهزاد مومنی: مدیر خدمات پرستاری، مسئول بهبود کیفیت
- شبنم زعفری : سوپروایزر آموزش سلامت
- حبیب اله رضایی : سوپروایزر آموزش پرستاری
- مریم معتمدخواه: سوپروایزر بالین
- رکسانا تهرانی : سوپروایزر بالین

مستندات مرتبط:

استفاده از چک لیست های موجود

فرم ارزیابی اولیه بیمار

(منابع و امکانات لازم):

کلیه وسایل و امکاناتی که در ارزیابی اولیه به کار می رود مانند مانیتور ، استفاده از دستگاه فشار خون، استفاده از دستگاه پالس اکسیمتری ، دستگاه ترمومتر و وسایل جانبی دیگر از قبیل اتوسکوپ ،افتالمسکوپ ، دستگاه کنترل قندخون و کلیه امکانات مورد نیاز در دسترس .

مراجع:

تجارب بیمارستان

استانداردهای مراقبت های پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ویرایش پاییز ۹۶

نام و امضاء تایید کننده معاون درمان: دکتر لیلا عبدالکریمی	نام و امضاء سرپرست تهیه کنندگان: سوپروایزر بالین: مریم معتمدخواه
نام و امضاء تصویب و ابلاغ کننده رئیس انستیتو: دکتر فریدون نوحی	مهر و امضاء دفتر بهبود کیفیت دکتر بهزاد مومنی

دستورالعمل تکمیل ارزیابی خطر زخم بستر در کودکان Glamorgan

نمره مناسب را با توجه به جدول در پرونده یا فرم مراقبت از بیمار را ثبت نمایید .

نمره ریسک بیمار بایستی : ۱. روزانه، ۲. هنگامی که وضعیت بیمار تغییر می کند، هنگامی که به بخش / واحد جدید منتقل شده و قبل از ترخیص کنترل شود .

مداخلات و اقدامات و برنامه های پیشگیری بایستی در پرونده بیمار ثبت گردد.

نمره		معیار
از هر بخش یک score انتخاب کنید	وضعیت حرکتی	
	۲۰ امتیاز	کودک قادر به حرکت نیست / بیهوشی عمومی
	۱۵ امتیاز	کودک قادر به تغییر پوزیشن بدون کمک نیست / یا کودک قادر به کنترل حرکات بدنش نیست
	۱۰ امتیاز	کودک فعالیت کم / حرکت کم با توجه به سن دارد
	۱۰ امتیاز	کودک فعالیت طبیعی متناسب با سن دارد
	تجهیزات	
	۱۵ امتیاز	تجهیزات / وسایل / فشار سطح سخت یا سایش بر پوست

میزان ریسک

امتیازات	میزان ریسک	عملکرد
امتیاز ۱۵ - ۱۰	در معرض خطر	بررسی پوست دوبار در روز . تامین تغذیه و آب کافی . تغییر پوزیشن کودک هر ۲ ساعت یکبار
امتیاز ۲۰ - ۱۶	ریسک بالا	بررسی پوست با هر بار تغییر پوزیشن ، ارجاع به مشاوره تغذیه ، جابه جایی کودک / تجهیزات متصل به او هر ۲ ساعت یکبار
امتیاز بیشتر از ۲۰	ریسک بسیار بالا	بررسی پوست هر ساعت ، ارجاع به مشاور تغذیه ، جابه جایی کودک / تجهیزات متصل به او هر ۲ ساعت یکبار

Humpty Dumpty

نمره	معیار	پارامتر
		سن
۴	کمتر از ۳ سال	
۳	۳ تا ۷ سال	
۲	۷ تا ۱۳ سال	
۱	بیش از ۱۳ سال	
		جنس
۲	پسر	
۱	دختر	
		تشخیص
۴	تشخیص های نورولوژیک	
۳	اختلال در اکسیژن رسانی (بیماریهای تنفسی، دهیدراتاسیون- آنمی بی اشتها، سنکوپ / گیجی و.....	
۲	اختلالات روانی / رفتاری	
۱	سایر تشخیصی	
		اختلالات شناختی
۳	عدم آگاهی از محدودیت ها	
۲	فراموش کردن محدودیت ها	
۱	آگاه به توانایی هایی خود	
		عوامل محیطی
۴	تاریخچه سقوط	
۳	استفاده از وسایل کمک حرکتی یا کودک نوپا	
۲	بیمار در تخت (بستری)	
۱	بیمار سرپائی	
		زمان پس از جراحی / آرام بخشی / بیهوشی
۳	کمتر از ۲۴ ساعت	
۲	کمتر از ۴۸ ساعت	
۱	بیش از ۴۸ ساعت / بیهوشی و جراحی نداشته	
		مصرف داروها
۳	مصرف چند دارو- آرام بخش ها) به جز بیماران ICU که آرام بخش و فلج کننده دریافت کرده اند)- خواب آورها- باریتورات ها- فنوتیازین ها- ضد افسردگی ها- ملین ها- دیورتیک و مخدرها	
۲	یکی از داروهای فوق	
۱	سایر داروها	
		جمع

Fall Risk

Low Risk Humpty Dumpty Score = 7-11

High Risk Humpty Dumpty Score = 12 or above

ارزیابی ریسک سقوط بیمار براساس معیار موریس

امتیاز	معیار	ریسک فاکتور
۲۵	بله	سابقه افتادن بیمار
۰	خیر	
۳۰	بله	تشخیص ثانویه (سن و سابقه بیماری و مصرف دارو و....)
۱۵	واکر - عصا - عصای زیر بغل	
۰	کمک گرفتن از پرستار - استراحت در تخت بی حرکت - عدم نیاز به وسیله حرکتی	
۲۰	بله	IV درمانی
۰	خیر	
۲۰	مختل	الگوی گام برداشتن
۱۰	ضعیف	
۰	بی حرکت - استراحت در تخت - طبیعی	
۱۵	فراموشی در محدودیتهای حرکتی	وضعیت مغزی
۰	آگاه به محدودیتها و تواناییها	

امتیاز ریسک افتادن	
ریسک بالا	۴۵ و بیشتر
ریسک متوسط	۲۵ - ۴۴
ریسک کم	۰ - ۲۴

امتیاز	معیارهای ارزیابی
۱	A : ادراکات حسی : (توانایی پاسخ معنی دار به احساس ناراحتی ناشی از فشار) کاملاً محدود: عدم پاسخ به محرک دردناک (بدلیل کاهش هوشیاری - دریافت سداتیو - کاهش توانایی احساس درد در بدن)
۲	خیلی محدود : فقط پاسخ به محرک دردناک (عدم برقراری ارتباط - بی قراری - محدودیت در احساس درد بیش از نصف بدن)
۳	کمی محدود(نیاز به چرخاندن دارد) : پاسخ به محرک کلامی - عدم برقراری ارتباط دائمی - محدودیت در احساس درد در یک یا دو عضو
۴	بدون محدودیت : پاسخ به محرک کلامی - نداشتن هیچگونه محدودیت در احساس یا به زبان آوردن درد و ناراحتی
۱	B : رطوبت(میزان مرطوب بودن پوست) : رطوبت مداوم : پوست همیشه مرطوب است (بدلیل تعریق - ادرار) - مشاهده ی خیسگی در هر بار چرخاندن و یا حرکت دادن بیمار
۲	خیلی مرطوب : پوست در اغلب موارد مرطوب است (نیاز به تعویض ملافه ها در هر شیفت)
۳	گاهی مرطوب : پوست گاهی مرطوب است (نیاز به تعویض ملافه ها بیشتر از یکبار در روز)
۴	بندرت مرطوب : پوست معمولاً خشک است (نیاز به تعویض ملافه بصورت روتین)
۱	C : فعالیت (درجه فعالیت فیزیکی) : محدود به تخت : استراحت مطلق - بدون تحرک
۲	محدود به صندلی : توانایی راه رفتن شدیداً محدود شده و یا وجود ندارد - نمی تواند وزن خود را تحمل کند و باید با کمک به صندلی منتقل شود .
۳	گاهی راه می رود : گاهی در طول روز راه میرود - طی مسافت خیلی کوتاه با یا بدون کمک - اکثر ساعات را در تخت می گذراند .
۴	مکرراً راه می رود : حداقل دو بار در روز به بیرون از اتاق رفته و هر دو ساعت در اتاق قدم می زند .
۱	D : تحرک (توانایی تغییر و کنترل وضعیت بدن) : کاملاً بی حرکت : بدون کمک حتی قادر به تغییرات اندک در وضعیت بدن یا اعضا نمی باشد.
۲	حرکت بسیار محدود : گاهی تغییرات کمی را به بدن یا اعضا می دهد - بدون کمک قادر به تغییرات مکررومشخص در بدن و اعضا نیست .
۳	اندکی محدود : بدون کمک تغییرات اندکی را بطور مکرر در بدن و اعضایش ایجاد می کند .
۴	بدون محدودیت : بدون کمک مکرراً پوزیشن خود را تغییر می دهد .
۱	E : تغذیه : بسیار کم : هرگز غذای خود را بطور کامل نمی خورد(بندرت بیش از ۳/۱ غذای خود را می خورد) - پروتئین و لبنیات کم

۱	E: تغذیه: بسیار کم: هرگز غذای خود را بطور کامل نمی خورد (بندرت بیش از ۳/۱ غذای خود را می خورد) - پروتئین و لبنیات کم می خورد (دو وعده یا کمتر در روز) - مایعات کم می نوشد - NPO است و یا بمدت بیش از پنج روز مایعات صاف شده می خورد.
۲	ناکافی: بندرت وعده غذایی خود را می خورد (عموما در حدود نصف غذایش را می خورد) - پروتئین فقط سه وعده گوشت یا لبنیات در روز مصرف می کند - گاهی مکمل رژیمی دریافت می کند - کمتر از مقدار مورد نیاز رژیم مایعات یا گاوآژ دریافت می کند.
۳	کافی: بیش از نصف وعده های غذایی خود را می خورد - چهار وعده گوشت (هر وعده ۳۰ گرم) یا لبنیات (هر وعده ۲۴۰ سی سی) در روز مصرف می کند - گاهی از خوردن یک وعده امتناع می کند، ولی مکمل رژیمی دریافت می کند - تحت گاوآژ و یا TPN بر اساس نیازهای تغذیه ای است.
۴	عالی: بیشتر وعده غذایی خود را می خورد - هرگز وعده غذایی را رد نمی کند - معمولا چهار وعده گوشت و لبنیات مصرف می کند - گاهی میان وعده نیز می خورد - نیاز به مکمل رژیمی ندارد.
۱	F: ساییدگی و مالش: مشکل دار: نیاز متوسط تا زیاد به کمک در حرکت کردن - بلند کردن کامل بدون کشیدن روی ملافه ها غیر ممکن است - مکررا در تخت یا صندلی به پایین می لغزد - نیاز به تغییر پوزیشن مکرر با حداکثر کمک دارد - سفتی، کشش یا آرتیواسیون منجر به مالش و سائیدگی تقریبا دائمی می شود.
۲	مشکل احتمالی: نیاز کمی به کمک در حرکت دارد - در حین حرکت احتمالا پوست توسط ملافه ها، صندلی یا وسایل محدود کننده ساییده می شود - در اغلب موارد پوزیشن مناسبی را در تخت یا صندلی دارد ولی گاهی به پایین می لغزد.
۳	بدون مشکل: بدون کمک در تخت یا صندلی حرکت می کند و قدرت عضلانی کافی برای نشستن دارد - پوزیشن خوبی را در تخت یا صندلی حفظ می کند.

(امتیاز در بیماران مختلف جهت تشخیص خطر ایجاد زخم فشاری)

امتیاز در بیماران عادی: کمتر یا مساوی ۱۶

امتیاز در بیماران بخشهای ویژه: کمتر یا مساوی ۱۵

امتیاز در بیماران مسن: کمتر یا مساوی ۱۸

امتیاز در بیماران سیاهپوست و لاتین: کمتر یا مساوی ۱۸

پیوست ۵: معیار زد اسکور

در نتیجه ارزیابی دو حالت وجود دارد:

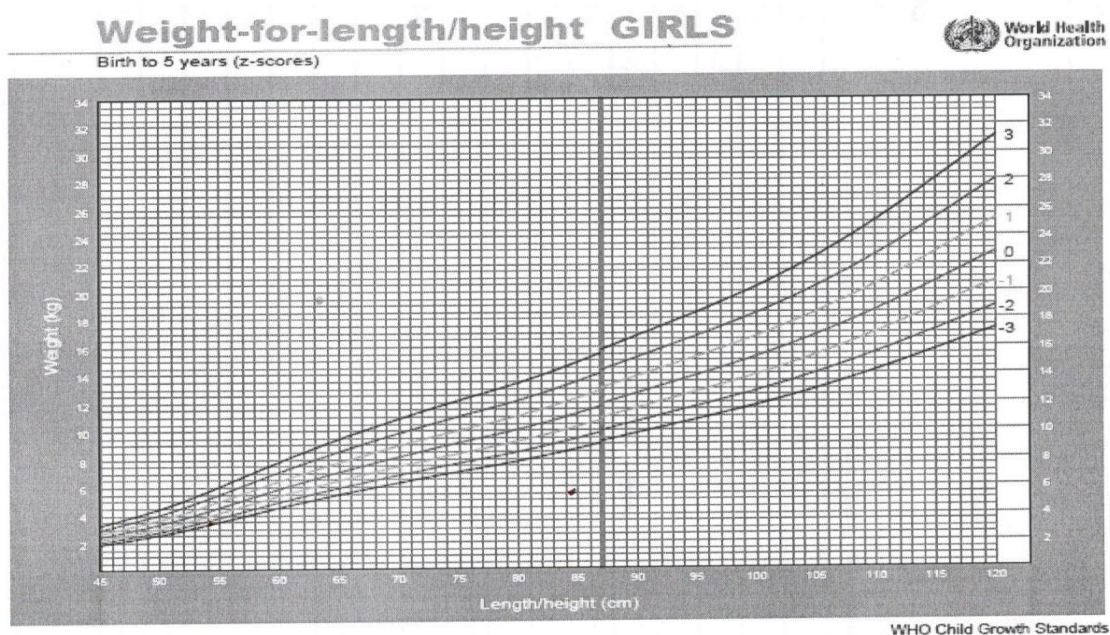
- در صورتی که در هر یک از گروه های سنی، زد اسکور کمتر از ۲- یا بیش از ۲+ باشد، یا ابتلا به یکی از بیماری ها یا شرایط ذکر شده (سوء تغذیه، سرطان، سوختگی، بیماریهای کلیوی، بیماری های غدد و متابولیک و بیماریهای گوارشی و کبدی یا کاندید عمل جراحی ماژور) وجود داشته باشد و یا پاسخ بله به یکی از سوالات علامت خورده باشد، باید در مقابل عبارت «مراجعه کارشناس تغذیه لازم است». در مربع «بله» علامت زده و با اطلاع پزشک معالج، با توجه به احتمال خطر سوء تغذیه، به کارشناس تغذیه جهت مراجعه و ارزیابی تخصصی کودک اطلاع داده شود.

- در صورتی که در نتیجه ارزیابی، در حال حاضر نیاز به مراجعه کارشناس تغذیه نیست، مربع مقابل عبارت ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است «علامت خورده و لازم است کارشناس تغذیه، موارد بستری بیش از یک هفته را به نحو مقتضی با کمک پرستار شناسایی کرده و در صورت کاهش وزن یا تغییر در تشخیص بیماری، ارزیابی تخصصی و مداخلات تغذیه ای لازم را انجام دهد.

معاونت پرستاری

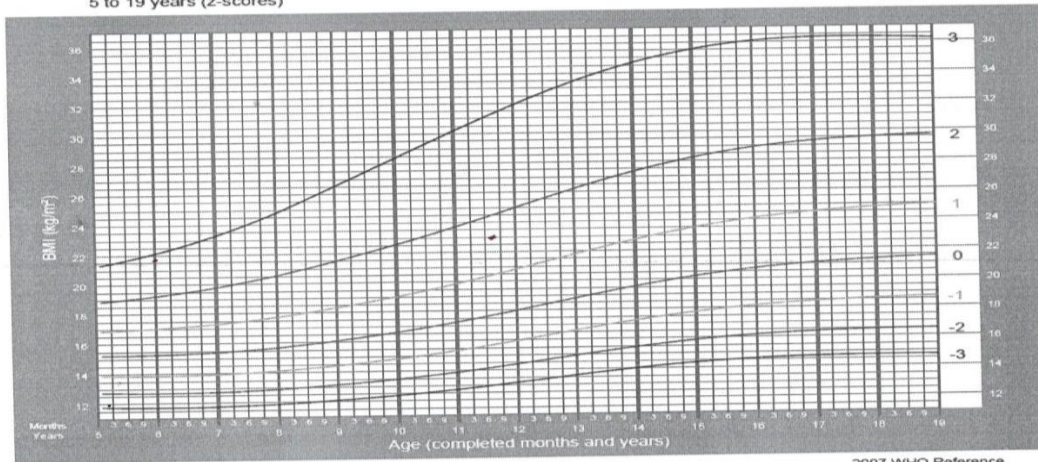
راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک

نمودار شماره ۱: وزن برای قد کودکان زیر ۵ سال (دختر)



نمودار شماره ۳: نمایه توده بدنی برای سن کودکان ۵ تا ۱۹ سال (دختر)

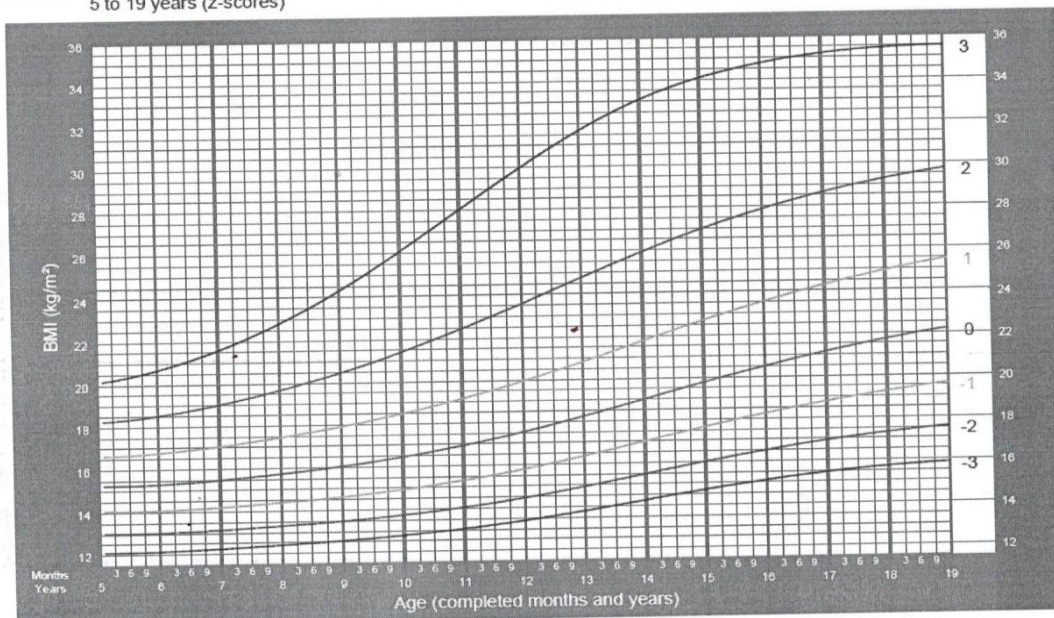
BMI-for-age GIRLS
5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

نمودار شماره ۴: نمایه توده بدنی برای سن کودکان ۵ تا ۱۹ سال (پسر)

BMI-for-age BOYS
5 to 19 years (z-scores)



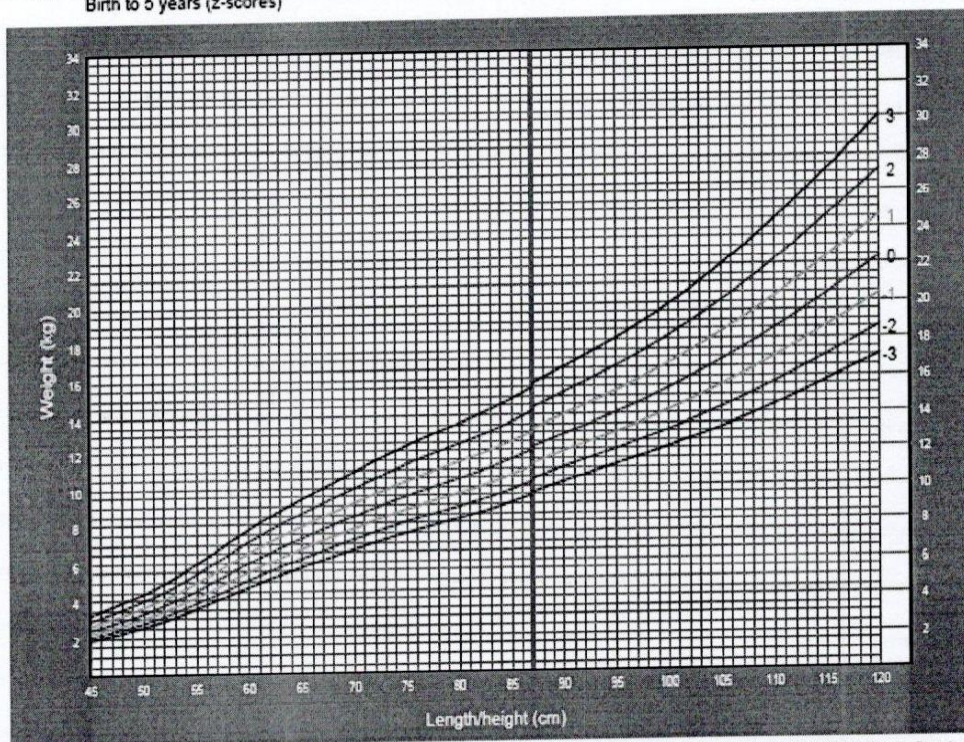
2007 WHO Reference

معاونت پرستاری
راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک

نمودار شماره ۲: وزن برای قد کودکان زیر ۵ سال (پسر)

Weight-for-length/height BOYS

Birth to 5 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

«سطح بندی بیماران»

Self care: ۱ سطح	minimal care: ۲ سطح	moderate care: ۳ سطح	extensive care: ۴ سطح	intensive care: ۵ سطح
۱- فعالیت روزانه: الف- خوردن: خودکفا ب- بهداشت فردی: خودکفا ج- وضعیت دفع: خودکفا د- پوشیدن: راحت، خودکفا ۲- سلامت عمومی: پروسیجرهای ساده یا جراحی ساده یا جزئی ۳- آموزش و حمایت عاطفی: آموزش روتین جهت پروسیجرهای ساده داشته. آموزش های پیگیری یا ترخیص. ۴- دارو درمان: بدون درمان و دارو یا درمان مختصر	۱- فعالیت روزانه: الف- خوردن: نیازمند کمک در آماده کردن غذا، قرار گرفتن در پوزیشن مناسب یا تشویق به خوردن ب- بهداشت فردی: بخش عمده مراقب را بدون کمک و یا با حداقل کمک انجام دهد. ج- وضعیت دفع: نیازمند کمک جهت رفتن به دستشویی یا استفاده از ظروف ادرار می باشد، گاهی بی اختیاری دارد. د- پوشیدن: راحت، بیمار خود قادر به چرخیدن است. ۲- سلامت عمومی: علائم خفیف ۳- آموزش و حمایت عاطفی: بیمار به ۵-۱۰ دقیقه آموزش و حمایت عاطفی در هر شیفت نیاز دارد. ممکن است بیمار دچار گیجی خفیف، پرخاشگری یا بی قراری باشد، که از طریق تجویز دارو، آگاهی دادن مکرر، یا مهار فیزیکی قابل کنترل است. ۴- دارو درمان: به ۲۰-۳۰ دقیقه زمان در هر شیفت نیاز است و مکرراً نیازمند ارزشیابی اثربخشی درمان و دارو می باشد.	۱- فعالیت روزانه: الف- خوردن: نیاز دادن غذا دارد ولی قادر به جویدن و بلعیدن می باشد. ب- بهداشت فردی: قادر به انجام مراقبت زیادی از خود نمی باشد. ج- وضعیت دفع: نیازمند گذاشتن و برداشتن Bed pan و ظروف ادرار می باشد، به طور نسبی می تواند بچرخد و یا خود را بلند کند، بی اختیاری در دفع دوبار در هر شیفت وجود دارد. د- پوشیدن: راحت، کاملاً وابسته می باشد و نیاز به چرخاندن دارد، ولی یک نفر جهت این کار کافی است. ۲- سلامت عمومی: علائم حاد ممکن است در حال عود و یا بهبود باشد، هر ۲-۴ ساعت بررسی وضعیت روان و فیزیولوژیک بررسی IO هر ساعت ۳- آموزش و حمایت عاطفی: در هر شیفت ۱۰-۲۰ دقیقه زمان لازم دارد، ممکن است گیج، بی قرار و یا پرخاشگری باشد. از طریق دارو درمانی، دادن آگاهی و یا مهار فیزیکی کنترل می گردد. ۴- دارو درمان: نیازمند ۳۰-۶۰ دقیقه زمان در هر شیفت می باشد، بررسی روانی هر یک ساعت	۱- فعالیت روزانه: الف- خوردن: اشکال در جویدن و بلعیدن، ممکن است نیازمند تغذیه از طریق لوله باشد. ب- بهداشت فردی: اصلاً قادر به همکاری نیست. ج- وضعیت دفع: بی اختیاری بیش از دوبار در یک شیفت. د- پوشیدن: نیاز به دو نفر جهت چرخاندن دارد. ۲- سلامت عمومی: بحران، نیازمند پایش مداوم ۳- آموزش و حمایت عاطفی: هوشیار نیست. ۴- دارو درمان: نیازمند بیش از شصت دقیقه زمان در هر شیفت نیازمند درمان های پیچیده بیش از یک بار در شیفت نیاز و یا جهت انجام آن دو نفر مورد نیاز است، بررسی وضعیت روانی هر یک ساعت.	۱- فعالیت روزانه: الف- خوردن: کاملاً وابسته، نیازمند تغذیه از طریق لوله می باشد. ب- بهداشت فردی: اصلاً قادر به همکاری نیست. ج- وضعیت دفع: بی اختیاری کامل. د- پوشیدن: نیاز به دو نفر جهت چرخاندن دارد. ۲- سلامت عمومی: بحران، نیازمند پایش مداوم ۳- آموزش و حمایت عاطفی: هوشیار نیست. ۴- دارو درمان: نیازمند بیش از شصت دقیقه زمان در هر شیفت نیازمند درمان های پیچیده بیش از یک بار در شیفت نیاز و یا جهت انجام آن دو نفر مورد نیاز است، بررسی وضعیت روانی هر یک ساعت.

جدول ۱- سیستم شماره گذاری Well برای احتمالات بالینی افراد مشکوک به DVT

۱	سرطان فعال (در حال درمان یا درمان تا ۶ ماه گذشته یا درمان تسکین دهنده)
۱	فلج، فلج خفیف، یا جراحی های منجر به بی تحرکی اندام تحتانی
۱	جراحی های بزرگ یا بستری شدن ب مدت بیش از ۳ روز در یکماه گذشته
۱	نازکی موضعی سیستم عروق عمقی
۱	تورم ساق و ران
۱	تورم ساق بیش از ۳cm در مقایسه با پای سالم
	(محل اندازه گیری ۱۰cm پایین تر از زائده استخوان درشت نی)
۱	ادم گوده گذار (بیشتر در اندام تحتانی دارای علامت)
۱	گشاد شدن وریدهای سطحی کلترال (غیر واریسی)
-۲	تشخیص جایگزین که دارای حداکثر تشابه با DVT باشد

≤۰: احتمال ریسک کم شیوع (۰.۵٪)

۱ تا ۲: احتمال ریسک متوسط شیوع (۰.۲۰٪)

≥۳: احتمال ریسک زیاد شیوع (۰.۶۶٪)

جدول ۲- سیستم شماره گذاری Well برای احتمالات بالینی افراد مشکوک به PTE

۳	نشانه ها و علائم بالینی DVT (تورم و درد)
۳	احتمال وجود PTE بیش تر از سایر تشخیص ها
۱/۵	بی تحرکی (بستری شدن سه روزمتوالی یا بیشتر، به استثناء مواردیکه امکان استحمام وجود دارد) انجام اعمال جراحی در یک ماه اخیر
۱/۵	DVT یا PTE قبلی
۱/۵	ضربان قلب بیش از ۱۰۰
۱	Hemoptysis (خروج خون از ریه به همراه سرفه)
۱	سرطان فعال (در حال درمان یا درمان در ۶ ماه گذشته یا درمان تسکین دهنده)

≤۴: احتمال ریسک کم شیوع (۰.۴٪)

۴/۵-۶: احتمال ریسک متوسط شیوع (۰.۲۱٪)

>۶: احتمال ریسک زیاد شیوع (۰.۶۷٪)

Nurses Global Assessment of Suicide Risk(NGASR)

معیار ارزیابی پرستاران از خطر خودکشی

ردیف	آیتمها	امتیاز	امتیاز بیمار
۱	احساس شدید ناامیدی	۳	
۲	وقایع استرس زای اخیر، مشکلات مالی، مشکلات قضایی، از دست دادن کار و ...	۱	
۳	وجود توهم یا هذیان	۱	
۴	خلق افسرده	۳	
۵	وجود علائم ترک مواد محرک	۱	
۶	ابراز قصد خودکشی	۱	
۷	شواهد وجود یک برنامه مشخص (تهیه وسایل، نوشتن وصیت نامه اخیر)	۳	
۸	سابقه خانوادگی بیماری روانی شدید یا خودکشی	۱	
۹	سوگ یا از دست دادن روابط نزدیک در اخیر	۳	
۱۰	سابقه سایکوز	۱	
۱۱	فوت همسر یا متارکه	۱	
۱۲	سابقه اقدام به خودکشی	۳	
۱۳	محرومیت اقتصادی اجتماعی یا بی خانمانی	۱	
۱۴	سابقه مصرف الکل - سوء مصرف الکل	۱	
۱۵	بیماری مزمن همراه با درد	۱	
	جمع امتیاز		

نتایج حاصل از ارزیابی بیمار

۵-۰	پیگیری و مراجعه مجدد - خطر کم	سطح پاسخ دهی ۴	مراقبت روزانه
۶-۸	پیگیری بیشتر و تحت نظر - خطر	سطح پاسخ دهی ۳	سه بار مراقبت در روز
۹-۱۱	بستری اورژانس - خطر زیاد	سطح پاسخ دهی ۲	نظارت رسمی توسط تیم پرستاری هر ۱۵ دقیقه
بالای ۱۲	بسیار خطرناک - خطر بسیار زیاد	سطح پاسخ دهی ۱	دسترسی مستقیم و نظارت مستقیم یک پرستار به صورت مداوم