



- به نام خدا
 - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
 - بیمارستان امام حسین (ع) گلپایگان
- اصول ارزیابی اولیه بیمار در بخشهای ویژه**

- آذر ۱۳۹۶
- مریم نیکنامی
- کارشناس ارشد پرستاری

اهداف رفتاری:

فراگیر پس از طی دوره قادر خواهد بود :

-چک لیست ارزیابی اولیه بیمار را به درستی تکمیل نماید.

-توصیه های قانونی در ثبت مستندات مرتبط با ارزیابی اولیه بیمار در بخشهای ویژه را شرح دهد.



-وضعیت ارتباطی بیمار را به درستی بررسی نماید.

-



○ موارد مورد بحث :

○ -بررسی و شناخت بیمار

○ -معاینه فیزیکی

○ -راهنمای تکمیل چک لیستهای ارزیابی اولیه بیمار

○ -استاندارد های اعتبار بخشی

○ -تعیین نیازهای درمانی و مراقبتی بیمار

○ -آموزه های قانونی در ثبت و تکمیل چک لیستهای ارزیابی اولیه بیمار.



راهنمای تکمیل چک لیستهای ارزیابی اولیه بیمار:

ارزیابی اولیه از بیمار روندی پویا و مداوم است که میتواند در تصمیم گیری برای بیمار، بررسی نیازهای درمانی و اورژانسی، درمان الکتیو و برنامه مراقبتی بیمار موثر واقع شود.



ارزیابی اولیه از بیمار اطلاعات زیر را برای ارائه

دهندگان مراقبت فراهم می کند:

درک مراقبت مورد نیاز که بیمار برای آن به بیمارستان مراجعه کرده است.

انتخاب بهترین مراقبت

تشخیص درست و بررسی پاسخ بیمار به مراقبت های ارائه شده

**براساس استانداردهای اعتبار بخشی، در ارزیابی
از سمار نکات زیر بایستی مورد توجه قرار گیرد:**

از تمام بیمارانی که در بیمارستان به آن ها ارائه
خدمات می شود، اعم از بستری یا سرپایی بایستی
بررسی اولیه کاملی به عمل آید.

✓ حداقل های ارزیابی اولیه پرستار از بیمار بایستی در خط مشی

تدوین شده توسط بیمارستان تعیین شود که شامل:

بررسی فیزیکی، روانی، اجتماعی، معاینه بدنی و تاریخچه سلامت

می باشد.





✓ نیازهای مراقبتی بیمار بایستی توسط فرم ارزیابی

اولیه مشخص شود و در پرونده پزشکی بیمار ثبت گردد. هرگونه

ارزیابی که 30 روز از زمان آن گذشته باشد و تغییرات واضح در

شرایط بیمار ایجاد شده باشد، بایستی مجدداً تکرار و ثبت شود.

✓ برای شروع درمان صحیح و سریع تا حد امکان بایستی ارزیابی در اولین

✓ فرصت ممکن انجام شود.

بر اساس استاندارد ارزیابی اولیه پرستار از بیمار بایستی در 24 ساعت اول پس از

پذیرش بیمار بستری و زودتر بر حسب شرایط بیمار یا خط مشی بیمارستان

انجام می شود .



نتایج حاصل از ارزیابی اولیه پرستار از بیمار بایستی در پرونده بیمار ثبت شود و برای تمامی افراد درگیر در امر مراقبت بیمار قابل دسترس باشد.

بیماران باید از نظر شرایط تغذیه، درد، تعیین بینایی، شنوایی، بازتوانی، نیاز بیمار به برنامه ترخیص، بررسی شود.



دستورالعمل تکمیل بخش اطلاعات پایه، وضعیت ارتباطی

و حساسیت ها

این بخش از فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار بوسیله

مصاحبه با بیمار یا همراه وی و مشاهده و بررسی

تکمیل می گردد

در قسمت اطلاعات پایه ثبت شامل: ساعت پذیرش بیمار، علائم حیاتی بدو ورود شامل تعداد نبض، فشارخون، تعداد تنفس و درجه حرارت.

✓ نحوه ورود بیمار بر مبنای با پای خود، صندلی چرخدار، برانکاردر و سایر روش های ورود

✓ منبع اطلاعات بیمار، خانواده بیمار یا سایر منابع با ذکر آن



مراجعه بیمار از بر حسب مطب پزشک، اورژانس،

اتاق عمل، بخش

ویژه، بیمارستان دیگر، منزل و سایر موارد

✓ در حال احتضار

✓ رفتار بیمار: آرام، مضطرب، افسرده، پرخاشگر و ...

✓ فاکتورهای استرس زای اخیر

ارزیابی مددکاری:

✓ سیستم حمایتی بیمار شامل: همسر،

خانواده، دوستان و آشنایان، بهزیستی،

کمیته امداد، خیرین، بیمه و نوع آن ،

سرپرست خانواده ، بی خانمان، ساکن بهزیستی، سرای سالمندان،

زندان



وضعیت ارتباطی:

هوشیار، خواب آلودگی، بهت زده، نیمه کما، کما

✓ همکاری بیمار به صورت بله یا خیر

✓ زبانی که بیمار صحبت میکند بر حسب فارسی،
ترکی و سایر زبانها با ذکر آن

✓ نحوه صحبت کردن بیمار به صورت واضح، اشکال در تکلم، عدم

توانایی در صحبت کردن

✓ محاسبه مقیاس گلاسکو در بزرگسالان



جدول GCS:

EYE:

-خودبخودی

-در واکنش به صدا

-با تحریک دردناک

-بدون پاسخ

امتياز

۴

۳

۲

۱

مجموع امتياز ۴





Verbal

امتیاز

- آگاه و هوشیار ۵

- گیجی و کلمات نامناسب ۴

- پاسخ نامناسب ۳

- صدای غیر قابل تشخیص ۲

- بدون پاسخ ۱

مجموع امتیاز ۵



Motor

امتیاز

۴

-اجرای دستورات

۵

-تشخیص محل درد

۴

-دور کردن از محل درد

۲

-دکورتیکه

۲

-دسربره

۱

-بدون پاسخ

مجموع امتیازات ۶

(مجموع کل امتیاز ۱۵)



حساسیت ها:

✓ حساسیت دارویی و در صورت مثبت بودن

ثبت نوع آن و عکس العملی که بیمار به آن دارو داده است.

✓ حساسیت غذایی و در صورت مثبت بودن ثبت نوع آن و عکس

العملی که بیمار به آن غذا داده است.

✓ حساسیت به سایر موارد ثبت شود



دستورالعمل تکمیل تاریخچه سلامتی و ارزیابی دارو

این بخش از فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار

بوسیله مصاحبه با بیمار یا همراه وی و مشاهده و

بررسی تکمیل می گردد.

. در تکمیل قسمت هایی که قابل توضیح است عیناً اظهارات بیمار یا

همراه وی ثبت گردد



تاریخچه سلامتی

ثت موارد زیر توسط پرستار:

□ دلیل بستری شدن از نظر بیمار، سوابق بیماری‌هایی که در فرم آورده شده است ،

و در نهایت در قسمت سایر موارد اگر بیماری بود که در آیتم‌ها گنجانده نشده است نوشته شود.

□ داشتن یا نداشتن مسمومیت

□ سابقه بستری در بیمارستان



✓ سابقه جراحی در گذشته و نوع آن

✓ سابقه ترانسفوزیون خون

✓ در بیماران خانم سابقه بارداری، سقط،

سزارین یا زایمان طبیعی و ذکر تعداد آن ها

✓ عادات مصرف سیگار، سوء مصرف داروها، الکل

✓ داشتن رژیم غذایی خاص

✓ خواب و استراحت بیمار بر حسب طبیعی و یا داشتن مشکلات خواب



✓ نوع گروه خونی و Rh

✓ مصرف مکمل های غذایی و نوع آن

✓ واکسیناسیون کامل

✓ سابقه بیماری در خانواده و ذکر نوع آن

✓ سابقه مصرف دارو در زمان بستری و یا یک ماه قبل از بستری به

همراه تکمیل جدول نام دارو، دوز مصرف



✓ ارزیابی مذهبی فرهنگی

باورهای مذهبی و فرهنگی خاصی که بر روی روند درمان و یا آموزش تاثیرگذارند که در صورت مثبت بودن بایستی توضیح داده شود)

اعتقادات مذهبی و نگرش نسبت به درد، تزریق خون و فرآورده های خونی، پذیرش دریافت دریچه قلب خوک در پیوند دریچه در بین ادیان مختلف ، نگرش نسبت به عمل پیوند قرنیه چشم، اهدای عضو و ...).

غربالگری سوء تغذیه نوبت اول



هدف از تکمیل این فرم، شناسایی بیماران در معرض یا مبتلا به سوء تغذیه می باشد تا با مراقبت تغذیه ای، از ایجاد یا پیشرفت سوء تغذیه در بیمار پیشگیری شود. با توجه به اینکه بیماری، مصرف

داروهای تجویز شده در طول درمان، محیط بیمارستان، کاهش اشتها

بدلیل بیماری یا مصرف دارو ها و ... از جمله علل بی اشتهايي و مصرف ناکافی

غذا و در نهایت افزایش خطر سوء تغذیه در بیماران بستری می باشد، لازم است

افراد مستعد به سوء تغذیه و آسیب پذیر در همان ابتدای پذیرش در بخش تحت

غربالگری قرار گرفته و مراقبت تغذیه ای دریافت نمایند.



افراد مبتلا به بیماری های زمینه ای مانند فشار خون بالا، دیابت و ... که تحت مراقبت قبلی تغذیه ای زیر نظر مشاور تغذیه و یا متخصص مربوطه قرار گرفته و بیماری آنها تحت کنترل می باشد ممکن است در این

غربالگري واجد شرایط دریافت مشاوره تغذیه تشخیص داده نشوند.

این بیماران بر اساس دستور غذایی پزشک معالج، رژیم غذایی خاص خود را تحت نظر مشاور تغذیه دریافت خواهند نمود و نیازی به تکمیل فرم ارزیابی تخصصی تغذیه نیست.



فرم غربالگری توسط پرستار در زمان پذیرش بستری در بخش تکمیل و در پرونده بیمار وارد می شود.

• غربالگری سوء تغذیه بایستی برای تمام بیماران تکمیل شود. در صورت تشخیص سوء تغذیه در بیماران:

✓ برای بیمارانی که کمتر از ۲۴ ساعت در اورژانس یا بخش بستری

می شوند، تکمیل فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ضرورتی ندارد و لازم

است توصیه های تغذیه ای توسط مشاور تغذیه ارائه شود و جهت مشاوره

بیشتر و تنظیم رژیم غذایی به کلینیک تغذیه بیمارستان و یا دفاتر مشاوره تغذیه راهنمایی شوند.



برای بیمارانی که بیشتر از ۲۴ ساعت در اورژانس یا بخش بستری می‌شوند، لازم است در مربع عبارت "تکمیل فرم ارزیابی تخصصی وضعیت تغذیه علامت زده و به مشاور تغذیه برای تکمیل فرم ارزیابی تخصصی و تنظیم رژیم غذایی ارجاع داده شود. در بخش های ICU و

CCU که با توجه به وضعیت بیمار، تنظیم رژیم غذایی توسط مشاور تغذیه و تکمیل فرم ارزیابی تخصصی ضروری است.



نیازی به تکمیل فرم غربالگری نیست و از همان ابتدا ضروری است فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ای توسط مشاور تغذیه تکمیل و پی گیری های لازم انجام شود.

ابزار تشخیص سوء تغذیه کودکان، منحنی های رشد است و پی گیری آن توسط متخصص اطفال و مشاور تغذیه در بخش اطفال صورت می گیرد.

لذا نیازی به تکمیل فرم غربالگری سوء تغذیه در بخش کودکان نیست.



ابزار تشخیص سوء تغذیه مادران باردار، منحنی وزن گیری است و پی گیری و مراقبت های آن توسط متخصص زنان و زایمان و مشاور تغذیه در بلوک های زایمانی و بخش زنان و زایمان صورت می گیرد. لذا نیازی به تکمیل فرم غربالگری

سوء تغذیه در بخش زنان و زایمان برای مادران باردار نیست.

رژیم غذایی توسط پزشک معالج داده شده و برنامه غذایی توسط مشاور تغذیه تنظیم می شود. نمایه توده بدنی BMI بیمار که شاخص ارزیابی بدن از نظر وضعیت جسمانی است.

(نسبت وزن بر حسب کیلوگرم

به مجذور قد) بر حسب متر

(محاسبه می شود :

BMI = وزن (کیلو گرم)

مجذور قد به متر

در بند یک در صورتی که این مقدار

از عدد ۲۰/۵ کمتر باشد در ستون بلی و در غیر این صورت در خیر علامت زده

میشود. در این مرحله لازم است توزین کلیه بیماران با استفاده از ترازو و با

حداقل لباس و بدون کفش صورت گیرد و کنترل دوره ای ترازو از جهت دقت

و سلامت صورت گیرد تا BMI بدست آمده دقیق باشد





در بند ۲، با پرسش از بیمار یا همراه او در خصوص کاهش وزن بیش از ۵٪ وزن طی سه ماه اخیر به هر دلیل، در صورتی که پاسخ بلی باشد، در محل مربوطه و در غیر این صورت در محل خیر علامت زده می شود. جهت کنترل دقت پاسخ، باید میزان کاهش وزن نیز سوال شود و حدود نزدیک به یقین در نظر گرفته شود. در بند ۳، با پرسش از بیمار یا همراه او در خصوص بی اشتهایی یا کاهش مصرف غذا به هر دلیل (مانند تهوع یا استفراغ شدید)



**طي هفته گذشته، در صورتي كه پاسخ بلي
باشد، در محل مربوطه و در غير اين صورت در
محل خير علامت زده مي شود.**

**جهت دريافت پاسخ دقيق در اين قسمت
سوال شود: آيا بي اشتهايي در حدي بوده**

**كه چند وعده غذايي يا هيچ وعده غذايي طي هفته گذشته ميل
نكرده باشد؟**

**در بند ۴، با مشاهده و مصاحبه بيمار و شرح حال درج شده
در پرونده، ارزيابي وضعيت او صورت مي گيرد.**



در بند ۲، با مشاهده و مصاحبه بیمار و شرح حال درج شده در پرونده، ارزیابی وضعیت او صورت می‌گیرد. در صورتی که بیماری فرد حاد بوده یا وضعیت او وخیم ارزیابی شود (به طور مثال نیاز به درمان ویژه در ICU یا CCU یا intensive therapy دارد.) پاسخ بلی در محل مربوطه علامت خورده و در غیر این صورت در محل خیر علامت زده می‌شود. یکی دیگر از معیارهای شدت بیماری، طبق "سطح بندی خدمات پرستاری" است که در صورتی که بیمار در سطح ۴ یا بالاتر مراقبت بر اساس میزان نیاز بیمار به مراقبین قرار گیرد، در تعیین شدت بیماری پاسخ بلی علامت زده می‌شود



در نتیجه غربالگری، در صورتی که حتی یک بلی

در جدول علامت خورده باشد، لازم است در مربع

عبارت "تکمیل فرم ارزیابی تخصیصی وضعیت

ارزیابی تخصیصی وضعیت تغذیه لازم است" علامت

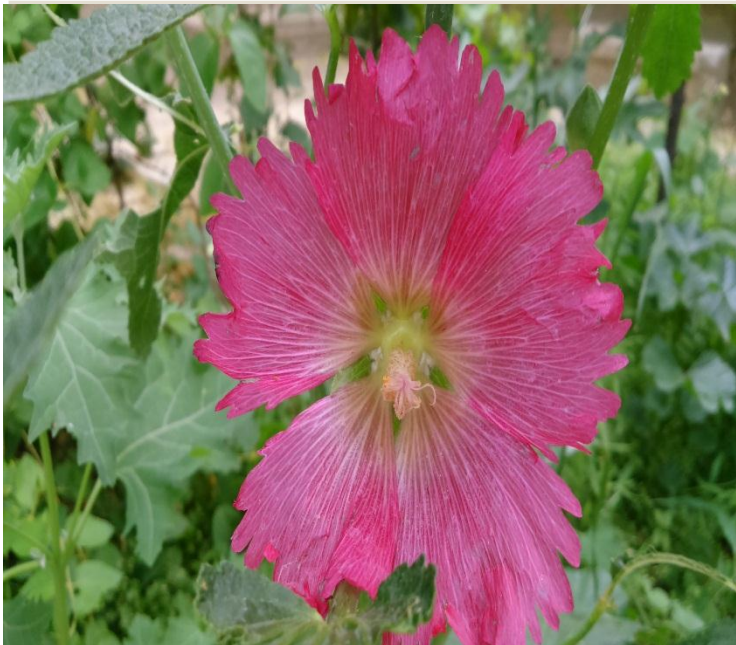
زده و به مشاور تغذیه برای تکمیل فرم ارزیابی تخصیصی و

غذایی ارجاع داده شود . در صورتی که پس از یک هفته از زمان اول،

غربالگری ارجاع به مشاور تغذیه بر اساس نتایج صورت نگرفته باشد،

لازم است غربالگری تکرار شود و در فرم ارزیابی ثانویه در قسمت

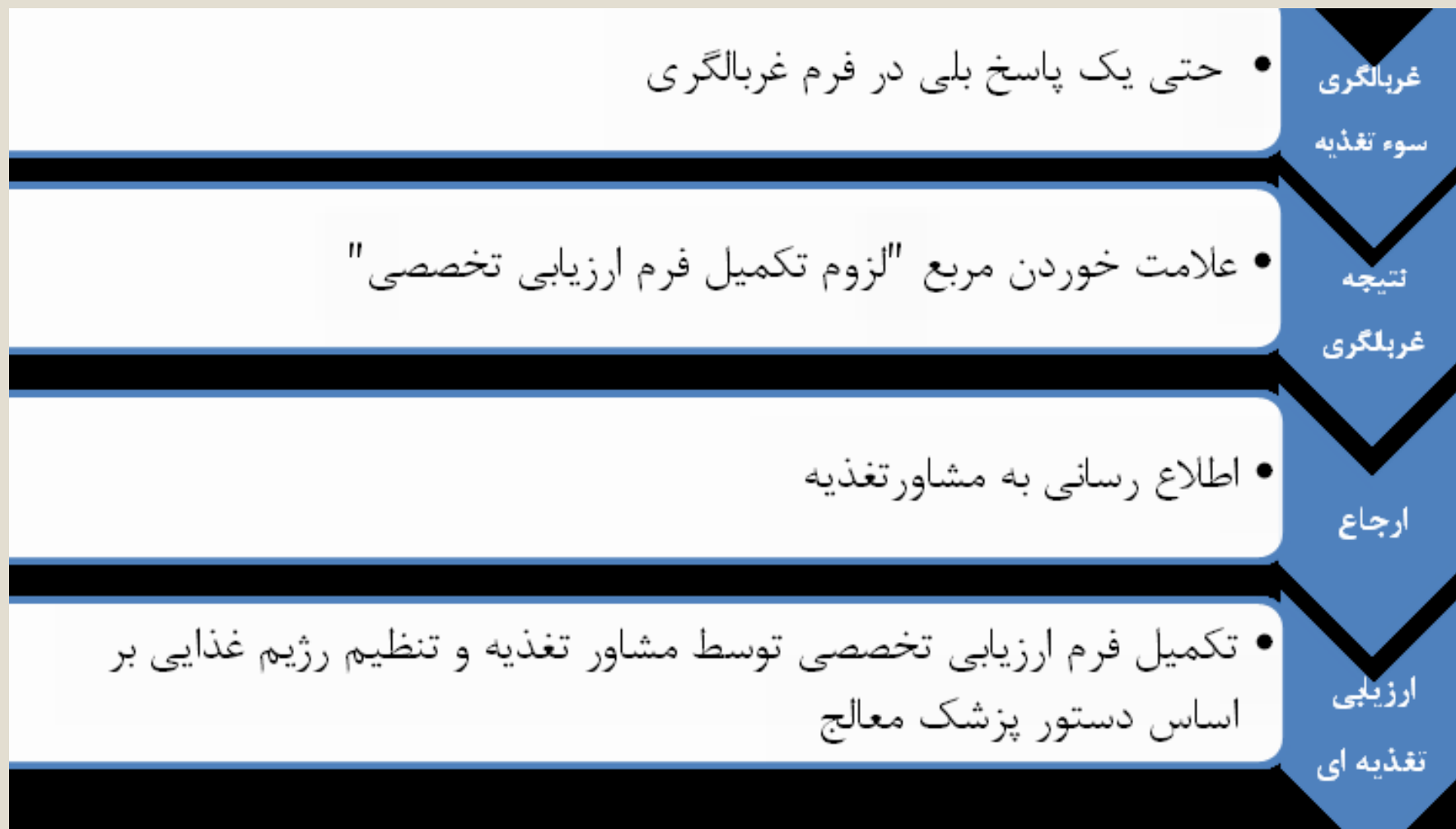
مربوطه ثبت شود.



در صورتی که پاسخ هیچیک از سوالات بلی نبود،
مربع عبارت " تکرار غربالگری بعد از یک هفته لازم
است" علامت خورده، در کارتکس بیمار تاریخ
غربالگری مجدد جهت یادآوری نوشته شود.

تکرار این غربالگری پس از یک هفته از زمان پذیرش بیمار ضروری
می باشد. پس از یک هفته، نتیجه غربالگری دوم در فرم ارزیابی ثانویه
بر اساس اصول یاد شده بر حسب نیاز یا عدم نیاز به ارزیابی تخصصی
تغذیه در محل مربوطه علامت زده می شود.

مراحل غربالگری و ارجاع بیماران برای تکمیل فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ای





دستورالعمل تکمیل محدودیت ها و توانایی ها:
این بخش از فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار

**بوسیله مصاحبه با بیمار یا همراه وی و
مشاهده و بررسی تکمیل می گردد.**

ثبت موارد زیر توسط پرستار:

**✓ محدودیت شنوایی به صورت بلی یا خیر و
در صورت جواب بله ذکر گوش راست یا چپ
و در مورد گزینه هر دو تیک زدن هر دو مورد**

✓ داشتن سمعک در گوش راست یا چپ

**✓ داشتن محدودیت بینایی به صورت خیر ، بله و ذکر نوع آن به صورت
نابینایی، کم بینایی، داشتن عینک و لنز تماسی و
در صورت جواب بله ذکر چشم راست یا چپ و در مورد گزینه هر دو تیک
زدن هر دو مورد**



✓ توانايي صحبت کردن، خواندن، نوشتن

نقص و قطع عضو و ذکر عضو مبتلا

استفاده از وسایل کمک حرکتی

توانايي استفاده از تلفن

توانايي استفاده از زنگ اخبار

توانايي انجام کار های روزانه: حرکت، لباس پوشیدن، غذا خوردن

داشتن دندان مصنوعی

استفاده از اکسیژن در خانه

داشتن هر گونه درن، گچ، شانت، بخیه، آتل، پانسمان، تراکشن،

استومی، لوله تراشه و ذکر محل آن



دستورالعمل تکمیل ارزیابی زخم بستر Braden

این دستورالعمل در راستای خط مشی ارتقاء ایمنی بیماران و ارزیابی مستمر و یکپارچه بیماران می باشد.

۱- در ابتدا بیمار از نظرووجود زخم بستر ارزیابی می شود بر حسب محل

زخم، درجه زخم و وجود ترشح. در صورت عدم وجود زخم، از نظر

استعداد زخم ارزیابی می شود.

۲- اولین بخش، ارزیابی سطح هوشیاری بیمار با دامنه ۱-۴ می باشد:



۱ امتیاز

عدم پاسخ به محرك دردناك

۲ امتیاز

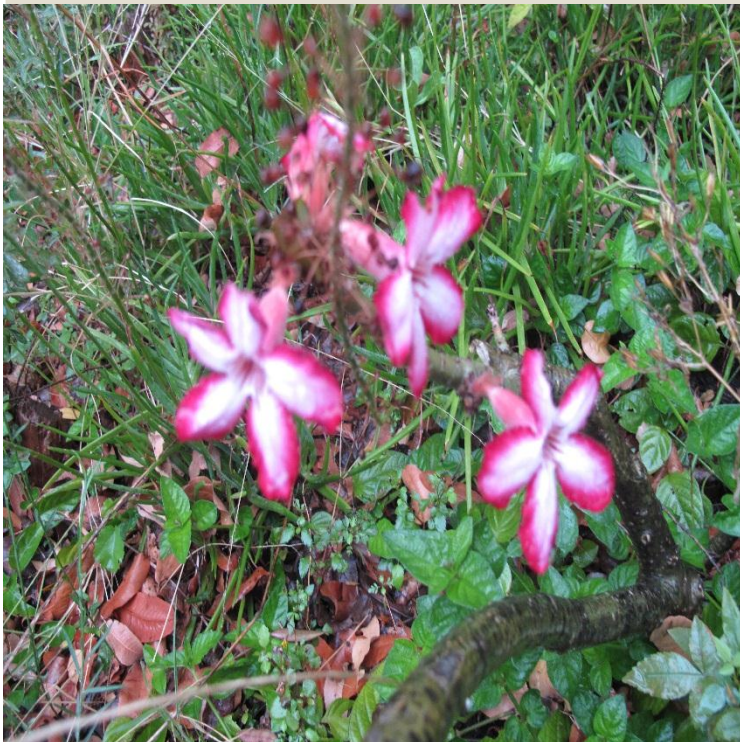
پاسخ به تحريكات دردناك

۳ امتیاز

گاهها به دستورات كلامي پاسخ مي دهد

۴ امتیاز

به دستورات كلامي پاسخ داده و درد را بيان مي کند



۳- دومین بخش، ارزیابی رطوبت پوست بدن

بیمار با دامنه **۱-۴** می باشد:
ملحفه و لباس بیمار، همواره مرطوب می باشد.

۱ امتیاز

ملحفه ها در هر شیفت، به دلیل خیس بودن

تعویض می شود.

۲ امتیاز

ملحفه ها حداقل یکبار در روز به دلیل خیس

بودن، تعویض می شود.

۳ امتیاز

ملحفه ها، طبق روتین، بدون خیس بودن تعویض

۴ امتیاز

می شود.



۲- سومین بخش، ارزیابی میزان فعالیت فیزیکی بیمار یا دامنه ۴-۱ می باشد:

محدودیت در تخت، اجازه خروج از تخت را ندارد

۱ امتیاز (CBR).

با صندلی چرخدار حرکت می کند

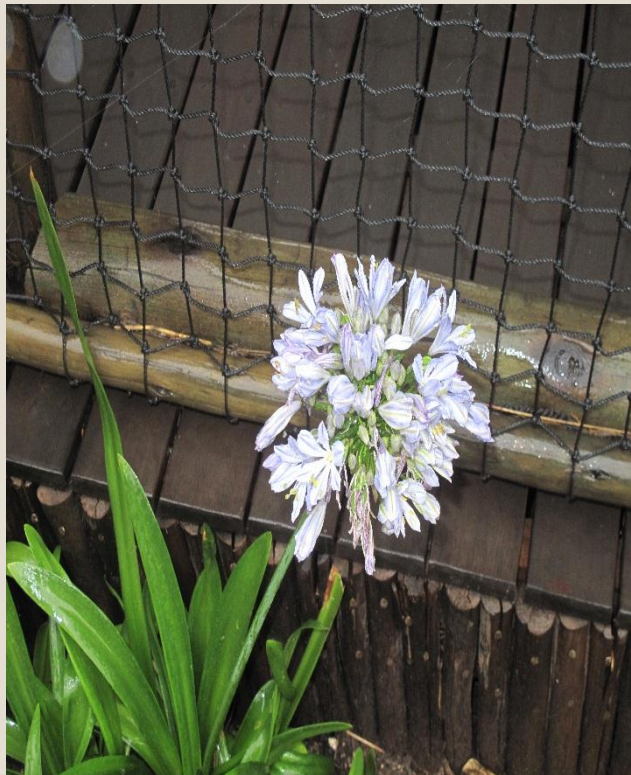
۲ امتیاز

با کمک گاهای راه می رود

۳ امتیاز

مرتبا بطور مستقل راه می رود

۴ امتیاز



۵- چهارمین بخش، ارزیابی توانایی در تغیر پوزیشن با دامنه ۴-۱ می باشد:

۱ امتیاز

کاملاً بدون حرکت می باشد

۲ امتیاز

تحرک خیلی محدود در تخت

۳ امتیاز

محدودیت حرکتی کم در تخت

۴ امتیاز

حرکت مستقل و بدون کمک در تخت



۶- پنجمین بخش ارزیابی مربوط به تغذیه با دامنه

۱-۴ می باشد:

تغذیه بیمار کاملاً ناکافی است ممکن است روزها
ناشتا باشد. ۱ امتیاز

تغذیه ناکافی از راه دهان یا از طریق NGT ۲ امتیاز

تغذیه ناکافی بطوری که بیش از نصف غذایش را می خورد .

۳ امتیاز

تغذیه کاملاً خوب، همه وعده های غذایی را بطور کامل می خورد

۴ امتیاز



۷- ششمین بخش ارزیابی، مربوط به اصطکاک و سایش پوست بدن با دامنه ۱-۳ امتیاز می باشد:

همواره، موقع جابجایی روی ملحفه کشیده می شود .
۱ امتیاز
موقع جابجایی، گاهی کمک می کند ولی باز هم

قسمت هایی از بدن بیمار بر روی ملحفه سائیده می شود.

بطور کامل قادر به بلند کردن بدن خود می باشد و روی ملحفه سائیده نمی شود.

۳ امتیاز



**در مرحله آخر، کل امتیازات جمع شده و در نهایت
پایین ترین امتیاز ۶ می باشد.**

خطر بسیار بالا

۶-۹

خطر بالا

۱۰-۱۲

خطر متوسط

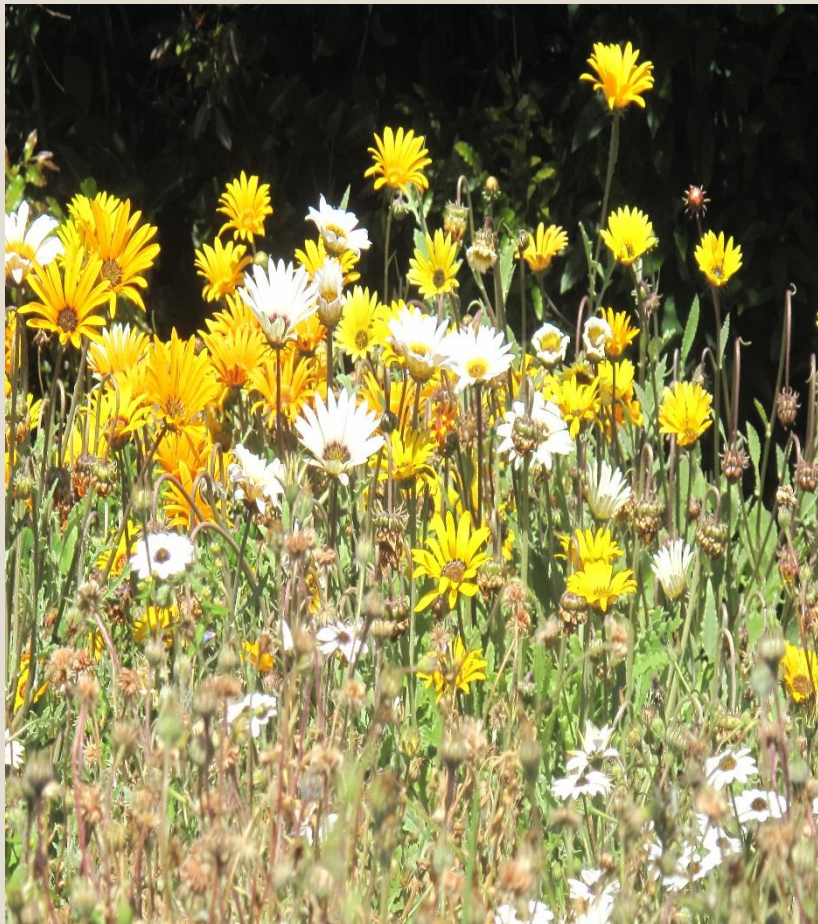
۱۳-۱۴

مداخلات پیشگیرانه

۱۵-۱۸

بدون خطر

۱۹-۲۳



۹- میزان ریسک ایجاد زخم در کاردکس

ثبت می شود.

۱۰- ارزیابی این ریسک در کلیه شیفت ها قابل

پیگیری است و امکان تغییر آن با توجه به

شرایط متغیر مددجو را باید مدنظر قرار داد.



دستورالعمل تکمیل غربالگری و بررسی درد:

از طریق مصاحبه، مشاهده بیمار و ثبت آن تکمیل می گردد. در امتیاز دهی به درد دور عدد مورد نظر بر حسب مصاحبه با بیمار دایره کشیده می شود.

نشانگر برابر با

فقدان ناراحتی

صفر

۲

درد خفیف



۴ درد اندکي سشتر

۶ در باز هم سشتر

۸ درد تمام عيار

۱۰ بدترین درد



✓ مشخص نمودن محل درد 

✓ نوع درد برحسب حاد و مزمن.

✓ طول مدت درد بر حسب متناوب و مداوم.

✓ میزان تاثیر در در بر روی فعالیت بیمار تاثیر دارد

✓ عواملی که درد را بدتر می کند.

✓ عواملی که درد را بهبود می بخشد.

✓ روش های تسکین درد بر حسب غیر دارویی و دارویی با ذکر روش و میزان تاثیر آن نوشته شود.



دستور العمل ارزیابی تکمیل احتمال سقوط از

تخت Morse

- ۱- این فرم در راستای خط مشی ارتقا سطح ایمنی بیماران می باشد، همچنین جهت اجرای ارزیابی مستمر بیماران قابل استفاده می باشد.
- ۲- این ابزار از طریق مصاحبه با بیمار تکمیل می گردد.
- ۳- امتیاز هر ردیف کامل یا صفر می باشد.
- ۴- در ردیف امتیازات، امتیاز مناسب تیک زده می شود.



۵- تاریخچه سقوط قبلي در طول سه ماه گذشته، دارای ۲۵ امتیاز بوده و در صورت عدم سابقه هیچ امتیازی به آن تعلق نمی گیرد.

۶- تشخیص ثانویه دارای ۱۵ امتیاز بوده که در صورت داشتن بیش از یک بیماری تعریف می شود و در صورت عدم ابتلا به بیماری هیچ امتیازی به آن تعلق نمی گیرد.

۷- در رابطه با کمک گرفتن از وسایل داخل اتاق (صندلی و کمد و ...) ۳۰ امتیاز، در صورت استفاده از ابزار های کمکی (واکر، عصا و ...) ۱۵ امتیاز و در صورت استراحت در تخت، استراحت مطلق، کمک گرفتن از پرستار و یا عدم استفاده از ابزار کمک حرکتی و استفاده از ویلچر هیچ امتیاز تعلق نمی گیرد.

۸- داشتن سرم یا هپارین لاک ۲۰ امتیاز داشته، عدم وجود هر کدام، امتیازی قابل نمی شویم.



۹- وضعیت ذهنی، در این قسمت توانایی بیمار برای حرکت از دیدگاه بیمار با سوال آیا به تنهایی می تواند به سرویس بهداشتی برود یا نیاز به کمک دارد؟ سنجیده می شود.

در صورتی که پاسخ بیمار با شرایطش همخوانی داشت.

امتیاز ۱۰

و در صورتی که پاسخش حقیقی نباشد و با شرایطش در تضاد باشد تعلق میگیرد.

امتیاز ۱۵



در نهایت همه امتیازات جمع شده :

- امتیاز ۲۴-۰

ریسک پائین

- امتیاز ۲۵-۵۰

ریسک متوسط

- امتیاز ۵۱ و بیشتر

ریسک بالا

۱۱- نتیجه ارزیابی در کاردکس بیمار ثبت می شود.

۱۲- ارزیابی این ریسک در کلیه شیفت ها قابل پیگیری است و با تغییر

شرایط بیمار امکان تغییر آن وجود دارد.



بررسی سیستم‌ها:

در این قسمت از فرم پرستار از طریق مصاحبه و مشاهده بیمار سیستم‌های قلبی عروقی، تنفسی، عصبی، عضلانی، اسکلتی، گوارش کلیوی ادراری تناسلی، پوست، روان، سایر

سیستم‌ها مانند چشم، لثه‌ها، دندان‌ها مورد بررسی قرار داده و

در صورت عدم مشکل گزینه بدون مشکل را علامت زده و در صورت

مشکل نوع آن را بر حسب گزینه‌ها مشخص می‌کند. آیتم سایر توضیحات نیز

در صورت نیاز به توضیح در نظر گرفته شده است.



دستورالعمل تکمیل نیاز های آموزشی:

بر اساس مصاحبه، مشاهده، مستندات پرستار از بیمار تکمیل می گردد.

✓ تمایل بیمار به یادگیری

✓ توانایی یادگیری بیمار

✓ موانع یادگیری بر حسب نوع آن شامل: جسمی، خواندن، زبان، شناختی، انگیزشی و روانی

✓ ذکر نوع نیاز آموزشی بیمار بر حسب: فرایند بیماری، مراقبت، درمان، داروها و مصرف آن، تجهیزات و وسایل، تغذیه، پروسجر های تشخیصی درمانی، روند ترخیص، فعالیت، پیگیری، معرفی سیستم های حمایتی.



نیاز بیمار به بررسی های سشن تر:

✓ در این قسمت پس از بررسی اولیه پرستار از بیمار نیاز بیمار به بررسی های بیشتر از نظر :

مدیریت درد ، روانپزشکی ، دندانپزشکی ، چشم پزشکی ،

شنوایی سنجی ، تغذیه ای ، بازتوانی و ذکر سایر موارد مورد نیاز

مشخص شود.



طبقه بندی سطوح مراقبتی بالغین:

۱- قادر به مراقبت از خود

۲- مراقبت جزئی

۳- مراقبت متوسط

۴- مراقبت شدید

۵- مراقبت ویژه

طبقه ۱: قادر به مراقبت از خود

۱- فعالتهای روزمره زندگی (daily living):

خوردن و آشامیدن: خود بیمار قادر به خوردن و

آشامیدن می باشد و یا نیاز به کمک اندکی دارد.

-نظافت و آراستگی: تقریباً کاملاً به خود متکی می باشد.

-دفعی: خود به تنهایی یا تقریباً تنها به توالی می رود. بی اختیاری

ادراری ندارد.

-راحتی: بیمار به خود متکی است.





۲- سلامت عمومی (General health):

خوب ، بیمار جهت یک پروسیجر تشخیصی، انجام یک پروسیجریا جراحی ساده یا جزئی پذیرفته شده است.

۳- آموزش و حمایت عاطفی و روانی (teaching and emotional support):

آموزش روتین برای پروسیجرهای ساده و آموزش بعد از ترخیص از بیمارستان .
واکنشهای غیر معمول عاطفی ندارد.

بیمار ممکن است نیازمند آگاه شدن به زمان ، مکان و شخص در هر شیفت داشته باشد .

۴- درمانها و داروها (treatment and medication):

ندارد یا دارو و درمانهای ساده دارد.

طبقه ۲- مراقبت جزئی:

۱- فعالتهای روزمره زندگی (daily living):

خوردن و آشامیدن : بیمار نیازمند کمک در آماده کردن غذا ، پوزیشن

گرفتن یا تشویق به خوردن دارد . می تواند به تنهایی غذا بخورد.

ظافت و آراستگی: اکثریت موارد مراقبتي بدون کمک یا با کمک جزئی

جهت بیمار انجام می گیرد.

دفعی : نیاز به کمک جهت رفتن به توالت یا استفاده از لوله ادراری

دارد. بی اختیاری ادراری یا تجربه بی اختیاری استرسی ادراری یا قطره قطره ادرار کردن را ندارد.





**راحتي : به خودي خود مي چرخد يا با کمک
جزئي مي چرخد.**

2- (General health) سلامت عمومي

3- آموزش و حمايت عاطفي و رواني (teaching and Emotional support)

**نيازمند ۵ تا ۱۱ دقيقه در هر شيفت براي آموزش و حمايت رواني و عاطفي دارد
بیمار ممکن است به صورت جزئي گيج بوده ، حالت تهاجمي داشته اما به
خوبي توسط داروها ، آگاه نمودن مکرر يا محدود کننده کنترل مي گردد.**



۴-درمانها و داروها (treatment and medication):

۲۰ تا ۳۰ دقیقه در هر شیفت نیاز دارد

طبقه ۳-مراقبت متوسط: بیمار ممکن است نیازمند

کمک در آشامیدن، نظافت، دفع و استفاده از لگن، چرخیدن در تخت باشد.

در زمینه سلامت عمومی بیمار در وضعیت حاد یا مکان بروز آن بوده نیازمند مانیتورینگ فیزیولوژیکی و عاطفی هر ۲ تا ۴ ساعت میباشد.



بیمار در هر شیفت نیاز به ۱۰ تا ۳۰ دقیقه آموزش و حمایت عاطفی دارد، ممکن است گیج یا آژितه باشد.

در هر شیفت ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بایستی از نظر اثرات جانبی یا واکنشهای آلرژیک بررسی شود.

ممکن است نیازمند بررسی برای وضعیت مغزی یا شناختی هر ۱ ساعت داشته باشد.



طبقه ۴ مراقبت شدید:

در خوردن و آشامیدن نیازمند کمک یا بلع مختل و از راه لوله

معدۀ، نظافت، حمام مراقبت از مو و دهان توسط کمکی

، نیازمند دو نفر برای چرخاندن در تخت، در هر شیفت

دو بار دفع بی اختیار دارد.

نیازمند مانیتورینگ مداوم از نظر خونریزی، کاهش مایعات حملات حاد

تنفسی میباشد.

بیمار ممکن است گیج آژیتۀ، عصبی و بیقرار بوده نیازمند مهار فیزیکی

و شیمیایی باشد.



در هر شیفت بیش از ۶۰ دقیقه زمان صرف دارو دهی به بیمار شده نیازمند دو نفر میباشد. وضعیت روانی و مغزی بیمار هر یک ساعت باید مشاهده شود.

طبقه ۵- مراقبت ویژه: نیازمند مشاهده و مانیتورینگ یک بیمار به یک پرستار در تمام مدت دارد.

در سیستم تعیین وخامت وضعیت بیماران دامنه ای از ۱ (کاملاً قادر به مراقبت از خود) تا ۵ (بیماران با وضعیت ویژه) دارد که برای تعیین ساعات مراقبت پرستاری مورد نیاز است.



دستورالعمل تکمیل تشخیص های پرستاری:

- بر اساس ارزیابی بیمار و با استفاده از لیست تشخیص های پرستاری بخش مربوطه و با در نظر گرفتن اولویت این قسمت پر شود.

تشخیصهای پرستاری سیستم به سیستم بر اساس نتایج ارزیابی پرستار و مشخص شدن لیست مشکلات بیمار بر حسب الویت و همچنین بلقوه و بلفعل نوشته شده و برنامه مراقبتی طراحی شده و به بیمار مراقبتهای لازم داده خواهد شد.



انواع تشخیص‌های پرستاری (Nursing Diagnosis):

۱- تشخیص‌های واقعی Actual:

بالفعل بوده و علایم و نشانه‌ها در بیمار مشاهده می‌شود.

۲- پرخطر (High risk):

شواهدی از علایم خطرناک وجود دارد ولی علایم بروز نکرده است.

۳- احتمالی (Possible):

احتمال بروز دارد ولی هنوز مشهود نیست.



مثال:

- کاهش ناگهانی ذخیره قلب در ارتباط با افزایش کار قلب بدنال افزایش بازگشت وریدی.

- اختلال در خواب و استراحت در ارتباط با تنگی نفس و اضطراب.

- محدودیت در حرکات بدلیل استفاده از تراکشن، گچ و سایر وسایل محدود کننده بیمار.



-استاندارد اعتبار بخشی:

ارزیابی اولیه بیمار در محدوده زمانی معین به منظور ساماندهی و یکپارچه سازی فرایند، تاکید

بر اثر بخشی بیشتر مراقبت و درمان با استفاده از نتایج استاندارد

، آگاهی و تسلط پرستاران از تفاوت‌های فردی بیماران در حین

مراقبت، تاکید بر ارزیابی اولیه دقیق پرستاری و نقش آن در مراقبت و

درمان در اعتبار بخشی منظور شده و از سنج‌های اساسی

میباشد.



آموره های قانونی در ثبت و تکمیل چک لسستهای

ارزیابی اولیه بیمار:

اگر قصوری مطرح شده و پرونده بیمار به مراجع قانونی ارجاع شود، در کارشناسی پزشکی قانونی یکی از موارد بررسی مستندات پرونده های بیمار از جمله ارزیابی اولیه و نتایج آن و تشخیصها و مراقبتها و درمانهای ارائه شده به بیمار است.

اگر تضادی بین مکتوبات با عملکرد مراقبتی درمانی بیمار، یا نقص در مستندات پرونده ای وجود داشته باشد منجر به محکومیت کادر درمانی از جمله پرستاران میگردد. همچنین اگر دلیل عدم انجام ارزیابی اولیه از بیمار در زمان ابلاغ شده از طرف بیمارستان بیمار متحمل صدمه ای گردد قصور پرستاری محسوب خواهد شد.

موفق باشيد

