



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

NM/WI/01

معاونت درمان - مدیریت امور پرستاری

دستورالعمل تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار



مقدمه:

ارزیابی اولیه از بیمار فرآیندی پویا و مداوم است که می تواند در تصمیم گیری در مورد شرایط بیمار، بررسی نیازهای درمانی اورژانسی، درمان الکتیو و برنامه ریزی مراقبتی 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

بر اساس استانداردهای اعتبار بخشی، در ارزیابی از بیمار 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 ۳۰ 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 ۲۴ ساعت اول پس از پذیرش بیمار بستری و زودتر بر حسب شرایط بیمار یا خط مشی بیمارستان انجام می شود.

✓ شایان ذکر است زمان دقیق بستگی به عواملی مانند نوع مراقبت ارائه شده به بیمار، پیچیدگی آن، طول مدت مراقبت و پویایی شرایط بیمار دارد. بر این اساس بیمارستان ممکن است چارچوب زمانی مختلفی برای ارزیابی بخش های مختلف با رعایت حداکثر زمان ۲۴ ساعت ارائه دهد.

✓ 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 بایستی از نظر شرایط تغذیه ای و نیازهای عملکردی غربالگری شوند تا در صورت نیاز بررسی های تخصصی بیشتر به عمل آید.

✓ بیمار از نظر داشتن درد غربالگری گردد و پس از آن ارزیابی از درد به عمل آید.

✓ در ارزیابی اولیه، بیمار در حال احتضار مورد بررسی قرار گیرد.

✓ در ارزیابی اولیه از بیمار بایستی نیاز به بررسی های بیشتر تعیین (بینایی، شنوایی، بازتوانی و ...) و بیمار برای بررسی های تخصصی بیشتر ارجاع داده شود.

✓ در ارزیابی اولیه نیاز بیمار به برنامه ترخیص بررسی شود.

با در نظر گرفتن تمامی استانداردهای ، پیرو استقرار برنامه ملی اعتبار بخشی در بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران ، فرم "ارزیابی اولیه پرستار از بیمار (بزرگسال)" توسط مدیریت امور پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران طراحی و در شش مرحله بازبینی گردیده است و کلیه ارزیابیهای درخواستی وزارت متبوع در زمینه های مددکاری- تغذیه ای- تسکینی- و... بر اساس الزامات اعتبار بخشی در فرم مذکور لحاظ گردیده است.

شایان ذکر است فرم مذکور پس از تدوین در کمیته ارتقای کیفی و اعتبار بخشی حوزه معاونت درمان مورد بررسی و تایید نهایی قرار گرفت و با کد (NM/FO/01) و دستورالعمل آن با کد (NM/WI/01) به واحد مدارک پزشکی بیمارستان های تابعه ابلاغ گردید تا به عنوان یکی از اوراق اصلی در پرونده بیماران قرار داده شود. کلیه کارشناسان پرستاری بیمارستانها ملزم به تکمیل فرم مذکور بر اساس دستورالعمل ضمیمه آن می باشند.

اسامی همکاران در طراحی فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار :

۱. خورشید و سکویی اشکوری (مدیریت امور پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران)
۲. سیده فاطمه میربازغ (کارشناس پرستاری معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران)
۳. معصومه عباس آبادی (مسئول حاکمیت بالینی و بهبود کیفیت معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران)
۴. سمیه انصاری (پرستار پژوهش بیمارستان آرش)
۵. افسانه افتخاری منش (مدیریت پرستاری بیمارستان بهرامی)
۶. فریبا بیات (پرستار پژوهش بیمارستان امیراعلم)
۷. ابوالقاسم پوریانی (پرستار پژوهش بیمارستان فارابی)
۸. زهره خوش گفتار (پرستار پژوهش بیمارستان مرکز قلب)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

NM/WI/01

معاونت درمان - مدیریت امور پرستاری

۹. فاطمه دوستی (پرستار پژوهش بیمارستان رازی)
۱۰. سعیده رستگار (پرستار پژوهش بیمارستان مرکز طبی کودکان)
۱۱. زهره زند مومن (پرستار پژوهش بیمارستان امام خمینی (ره))
۱۲. رضا عباسی (پرستار پژوهش بیمارستان روزبه)
۱۳. مریم قهرمانی (پرستار پژوهش بیمارستان سینا)
۱۴. علی کریمی (پرستار پژوهش بیمارستان دکتر شریعتی)
۱۵. مریم گلی کناری (پرستار پژوهش بیمارستان جامع زنان)
۱۶. لیلا مومنی (پرستار پژوهش بیمارستان ضیایان)
۱۷. زهره نصیری (پرستار پژوهش بیمارستان بهارلو)

مدیریت امور پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

ویرایش ۶ - بهار ۱۳۹۳



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:

- ✓ در ابتدا ساعت پذیرش بیمار توسط پرستار جنس بیمار، آدرس و شماره تماس
- ✓ تابعیت بیمار بر حسب ایرانی و غیر ایرانی و نوع آن
- ✓ علائم حیاتی بدو ورود شامل تعداد نبض، فشارخون، تعداد تنفس و درجه حرارت
- ✓ نحوه ورود بیمار بر مبنای پای خود، صندلی چرخدار، برانکارد و سایر روش های ورود.
- ✓ منبع اطلاعات بیمار، خانواده بیمار یا سایر منابع با ذکر آن
- ✓ همراهان بیمار بر حسب خانواده، دوستان همکار و یا هیچ کس
- ✓ مراجعه بیمار از بر حسب مطب پزشک، اورژانس، اتاق عمل، بخش ویژه، بیمارستان دیگر، منزل و سایر موارد.
- ✓ در حال احتضار
- ✓ وضعیت تاهل بیمار بر حسب مجرد، متاهل و سایر موارد
- ✓ تعداد فرزندان
- ✓ تحصیلات بیمار بر حسب باسواد و بی سواد
- ✓ شغل بیمار
- ✓ 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 زبان ها با ذکر آن
- ✓ نحوه صحبت کردن بیمار به صورت واضح، اشکال در تکلم، عدم توانایی در صحبت کردن
- ✓ محاسبه مقیاس گلاسکو در بزرگسالان بر حسب جدول زیر:



جدول GCS

امتیاز	بزرگسال	GCS
۴	خودبخودی	EYE
۳	در واکنش به صدا	
۲	با تحریک دردناک	
۱	بدون پاسخ	
مجموع: ۴ امتیاز		
۵	آگاه و هوشیار	VERBAL
۴	گنجی و کلمات نامناسب	
۳	پاسخ نامناسب	
۲	صدای غیر قابل تشخیص	
۱	بدون پاسخ	
مجموع: ۵ امتیاز		
۶	اجرای دستورات	MOTOR
۵	تشخیص محل درد	
۴	دور کردن از محل درد	
۳	دکورتیکه	
۲	دسربره	
۱	بدون پاسخ	
مجموع: ۶ امتیاز		
جمع کل: ۱۵ امتیاز		

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 عینا اظهارات بیمار یا همراه وی ثبت گردد.



تاریخچه سلامتی

ثبت 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 آن‌ها
- ✓ 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 مکمل‌های 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 فرآورده‌های خونی، پذیرش دریافت دریاچه قلب خوک در پیوند دریاچه در بین ادیان مختلف، نگرش نسبت به عمل پیوند قرنیه چشم، اهدای عضو و ...).

غربالگری سوءتغذیه 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 اشتها 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 بیماری‌های 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 غربالگری واجد شرایط دریافت مشاوره تغذیه تشخیص داده نشوند. این بیماران بر اساس دستور غذایی پزشک



معالاج، 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 می شوند، لازم است در مربع عبارت "تکمیل فرم ارزیابی تخصصی وضعیت تغذیه لازم است" 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. غذایی توسط پزشک معالج داده شده و برنامه غذایی توسط مشاور تغذیه تنظیم می شود.
- نمایه بدنی (BMI) بیمار که شاخص ارزیابی بدن از نظر وضعیت جسمانی است با استفاده از نئوموگرام (پیوست ۱) و یا فرمول نسبت وزن (بر حسب کیلوگرم) به مجذور قد (بر حسب سانتی متر به توان دو) محاسبه می شود:

$$\frac{\text{وزن (کیلو گرم)}}{\text{قد}^2 \text{ (متر)}} = \text{BMI}$$

در بند ۱، در صورتی که این مقدار از عدد ۲۰/۵ کمتر باشد، در ستون بلی و در غیر این صورت در محل خیر علامت زده می شود. 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) طی هفته گذشته، در صورتی که پاسخ بلی باشد، در محل مربوطه و در غیر این صورت در محل خیر علامت زده می شود. جهت دریافت پاسخ دقیق در این قسمت سوال شود: آیا بی اشتهایی در حدی بوده که چند وعده غذایی یا هیچ وعده غذایی طی هفته گذشته میل نکرده باشد؟

در بند ۴، با مشاهده و مصاحبه بیمار و شرح حال درج شده در پرونده، ارزیابی وضعیت او صورت می گیرد. 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 می شود. یکی دیگر از معیارهای شدت بیماری، طبق "سطح بندی خدمات پرستاری" است که در صورتی که بیمار در سطح ۲ یا بالاتر مراقبت بر اساس میزان نیاز بیمار به مراقبین قرار گیرد، در تعیین شدت بیماری پاسخ بلی علامت زده می شود.

- در نتیجه غربالگری، در صورتی که حتی یک بلی در جدول علامت خورده باشد، لازم است در مربع عبارت "تکمیل فرم ارزیابی تخصصی وضعیت تغذیه لازم است" علامت زده و به مشاور تغذیه برای تکمیل فرم ارزیابی تخصصی و تنظیم رژیم غذایی ارجاع داده شود. در صورتی که پس از یک هفته از زمان غربالگری اول، 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 هیچکدام 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
- ✓ توانایی صحبت کردن، خواندن، نوشتن
- ✓ نقص و قطع عضو و ذکر عضو مبتلا
- ✓ استفاده از وسایل کمک حرکتی
- ✓ توانایی استفاده از تلفن
- ✓ توانایی استفاده از زنگ اخبار
- ✓ توانایی انجام کار های روزانه: حرکت، لباس پوشیدن، غذاخوردن
- ✓ 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 نظر وجود 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 ۴-۱ می باشد:

۱ امتیاز	عدم پاسخ به محرک دردناک
۲ امتیاز	پاسخ به تحریکات دردناک
۳ امتیاز	گاهها به دستورات کلامی پاسخ می دهد
۴ امتیاز	به دستورات کلامی پاسخ داده و درد را بیان می کند

۳. دومین بخش، ارزیابی رطوبت پوست بدن بیمار با دامنه ۴-۱ می باشد:

۱ امتیاز	ملحفه و لباس بیمار، همواره مرطوب می باشد
۲ امتیاز	ملحفه ها در هر شیفت، به دلیل خیس بودن تعویض می شود
۳ امتیاز	ملحفه ها حداقل یکبار در روز به دلیل خیس بودن، تعویض می شود
۴ امتیاز	ملحفه ها، طبق روتین، بدون خیس بودن تعویض می شود

۴. سومین بخش، ارزیابی میزان فعالیت فیزیکی بیمار با دامنه ۴-۱ می باشد:

۱ امتیاز	محدودیت در تخت، اجازه خروج از تخت را ندارد (CBR)
۲ امتیاز	با صندلی چرخدار حرکت می کند
۳ امتیاز	با کمک گاهها راه می رود
۴ امتیاز	مرتبا بطور مستقل راه می رود

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

۱ امتیاز	کاملا بدون حرکت می باشد
۲ امتیاز	تحرك 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 ۴-۱ می باشد:

۱ امتیاز	تغذیه بیمار کاملاً ناکافی است ممکن است روزها NPO باشد
----------	---



۲ امتیاز	تغذیه ناکافی از راه دهان یا از طریق NGT
۳ امتیاز	تغذیه ناکافی بطوری که بیش از نصف غذایش را می خورد
۴ امتیاز	تغذیه کاملاً خوب، همه وعده های غذایی را بطور کامل می خورد

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

۱ امتیاز	همواره، موقع جابجایی روی ملحفه کشیده می شود
۲ امتیاز	موقع جابجایی، گاهی کمک می کند ولی باز هم قسمت هایی از بدن بیمار بر روی ملحف سائیده می شود
۳ امتیاز	بطور کامل قادر به بلند کردن بدن خود می باشد و روی ملحفه سائیده نمی شود

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

۶-۹	خطر بسیار بالا
۱۰-۱۲	خطر بالا
۱۳-۱۴	خطر متوسط
۱۵-۱۸	مداخلات پیشگیرانه
۱۹-۲۳	بدون خطر

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 مد نظر 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.

برابر با	نشانگر
صفر	فقدان ناراحتی
۲	درد خفیف



۴	درد اندکی بیشتر
۶	در باز هم بیشتر
۸	درد تمام عیار
۱۰	بدترین درد

- ✓ مشخص نمودن محل درد
- ✓ نوع درد برحسب حاد و مزمن
- ✓ طول مدت درد بر حسب متناوب و مداوم
- ✓ میزان تاثیر درد بر روی فعالیت بیمار بر حسب دارد یا ندارد
- ✓ 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 قبلی 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 ابزارهای 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 ۰ و در صورتی که پاسخش حقیقی نباشد و با شرایطش در تضاد باشد امتیاز ۱۵ تعلق میگیرد.
- ۱۰- در صورت مختل بودن وضعیت حرکتی ۲۰ امتیاز که مشخصه آن گام برداشتن ناهماهنگ، مشکل در بلند شدن از صندلی و تلاش برای بلند شدن با فشار دست ها بر روی صندلی، سر پایین و نگاه به زمین، چنگ زدن به وسایل و عدم توانایی بدون کمک گرفتن از دیگران، ضعف در حفظ تعادل ۱۰ امتیاز که با مشخصه خمیدگی ولی توانایی در بلند کردن سر حین راه رفتن، گام های کوتاه و ضعیف بدون از دست دادن تعادل حین راه رفتن می باشد. در صورت گام برداشتن طبیعی که به صورت قدم برداشتن قاطعانه با سر راست و رو به جلو، بازوها در کنار بدن و در نوسان آزاد استراحت در تخت و یا بی حرکت بودن امتیاز صفر تعلق می گیرد.
- ۱۱- در نهایت همه امتیازات جمع شده :

امتیاز ۲۴-۰	ریسک پایین
امتیاز ۵۰-۲۵	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 سیستم ها:

در این قسمت از فرم پرستار از طریق مصاحبه و مشاهده بیمار سیستم های قلبی- عروقی، تنفسی، عصبی، عضلانی- اسکلتی، گوارش، کلیوی- ادراری تناسلی، پوست، روان، سایر سیستم ها مانند چشم، لثه ها، دندان ها مورد بررسی قرار داده و در صورت عدم مشکل گزینه بدون مشکل را علامت زده و در صورت مشکل نوع آن را بر حسب گزینه ها مشخص می کند. 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 بیش 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 نیازمشخص می 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- فعالیتهای 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 تنهایی 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- فعالیتهای 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.

- نظافت و آراستگی: اکثریت موارد مراقبتی 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.

- راحتی: به خودی خود می چرخد یا با کمک جزئی می چرخد.

۲- سلامت عمومی (General health):

بیمار علائم و نشانه های جزئی دارد شامل بیشتر از یک بیماری متوسط. نیازمند مانیتورینگ، گرفتن علائم حیاتی، diabetic urines، درناژ بدون عوارض جانبی یا انفوزیون می باشد.

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

نیازمند ۵ تا ۱۰ دقیقه در هر شیفت برای آموزش و حمایت روانی و عاطفی دارد. بیمار ممکن است به صورت جزئی گیج بوده، حالت تهاجمی داشته اما به خوبی توسط داروها، آگاه نمودن مکرر یا محدود کننده کنترل می گردد.

۴- درمانها و داروها (treatment and medication):

۲۰ تا ۳۰ دقیقه در هر شیفت نیاز دارد. نیازمند ارزیابی از نظر موثر بودن دارو و یا درمان به صورت مداوم دارد. ممکن است از نظر شناختی و مغزی نیازمند ارزیابی هر ۲ دارد.

طبقه ۳ - مراقبت متوسط

۱- فعالیتهای روزمره زندگی (daily living):

- خوردن و آشامیدن: بیمار ممکن است توانایی بلعیدن و یا قورت دادن را داشته باشد اما نیازمند کمک به خوردن و آشامیدن است.

- نظافت و آراستگی: به تنهایی قادر به انجام بیشتر این فعالیتهای نمی باشد.

- دفعی: نیاز به دریافت و بر داشت لگن و لوله ادراری دارد. تنها می تواند به صورت جزئی بچرخد. دو بار در هر شیفت بی اختیاری دارد.

- راحتی: به طور کامل وابسته می باشد. و نیازمند چرخاندن توسط یک نفر می باشد.



2-سلامت عمومی: (General health)

بیمار علائم حاد را دارد که ممکن است محتمل الوقوع باشد و یا کاهش پیدا نماید. نیازمند مانیتورینگ و ارزیابی وضعیت فیزیولوژیکی یا وضعیت عاطفی هر ۲ تا ۴ ساعت دارد. درناژ مداوم یا انفوزیون که نیازمند مانیتورینگ هر ۱ ساعت است دارد.

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

نیازمند ۱۰ تا ۳۰ دقیقه در هر شیفت است. به آموزش گاهها مقاومت می نماید یا سریعاً درک می نماید. بیمار ممکن است گیج، آزرته باشد اما نسبتاً به خوبی توسط دارو، آگاهی دادن مرتب یا محدود کننده کنترل می گردد.

4-درمانها و داروها: (treatment and medication)

نیازمند ۳۰ تا ۶۰ دقیقه در هر شیفت دارد. نیازمند مشاهده مکرر برای اثرات جانبی یا واکنشهای آلرژیک دارد. ممکن است نیازمند هر ۱ ساعت برای وضعیت مغزی یا شناختی دارد.

طبقه ۴ - مراقبت شدید

۱ - فعالیتهای روزمره زندگی (daily living):

- خوردن و آشامیدن: بیمار نمی تواند به تنهایی غذا بخورد. به سختی می بلعد و یا قورت می دهد. ممکن است نیازمند تغذیه از راه لوله معده داشته باشد.

- نظافت و آراستگی: کلیه موارد مانند حمام کردن، مراقبت از موها، مراقبت از دهان را بیمار کاملاً با کمک انجام می دهد.

- دفعی: بیشتر از ۲ بار در هر شیفت بی اختیاری دارد.

- راحتی: خود بیمار نمی تواند بچرخد. جهت چرخیدن در تخت نیازمند دو نفر می باشد.

۲ - سلامت عمومی (General health)

بیمار به شدت بیمار است. بیمار دچار علائم حاد مانند خونریزی یا کاهش مایعات بدن، حملات تنفسی حاد و یا دیگر حملات نیازمند مانیتورینگ و ارزیابی دارد.

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

نیازمند بیشتر از ۳۰ دقیقه در هر شیفت است. بیماران ممکن است گیج، بی قرار و عصبی و آزرته بوده و با دارو، محدود کننده و یا آگاهی دادن مکرر کنترل نمی گردد.

۴-درمانها و داروها (treatment and medication):



نیازمند بیشتر از ۶۰ دقیقه در هر شیفت است. درمانهای مشروح بیشتر از یک بار در هر شیفت جهت آنها انجام می گردد. و نیازمند دو نفر می باشد. ممکن است نیازمند مشاهده و ارزیابی و وضعیت مغزی و روانی هر ۱ ساعت دارد.

طبقه ۵: مراقبت ویژه

نیازمند مشاهدات ۱ به ۱ می باشد و در هر شیفت نیازمند مانیتورینگ مداوم 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.



References:

1. Bedoian J, Boggs S. Documentation in Action. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins; 2005.
2. Braden B, Bergstrom N. Clinical utility of the Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. Decubitus. 1989;2:44-51.
3. [Craig P](#), [Dolan P](#). Nursing Assessment, Plan of Care, and Patient Education: The Foundation of Patient Care. HCPro; 2006.
4. Department of Health Social Services and Public Safety: Nursing Needs Assessment Tool. Cited 2014Jan5 Available from:<http://www.dhsspsni.gov.uk/nnat.pdf>
5. Gardner L, Feil M. Falls: Risk Assessment, Prevention, and Measurement. February 28, 2013.
6. Hinkle J, Cheever J. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 13th ed. Philadelphia :Lippincott Williams& Wilkins.; 2013.
7. Nursing Assessment of the Adult. Cited 2013Nov 12 Available from:<http://www.connection.lww.com>
8. Rannie M, Neiman J. I'm Safe: Development of a Fall Prevention Program to Enhance Quality and Patient Safety. Cited 2014Feb2 Available from:<http://www.nichq.org/pdf/P32> (Neiman) presentation.pdf
9. Swansberg R, Swansberg RJ. Introduction to management and leadership for Nurse Management. Boston: Jones and Bartlett Co; 2002.
10. The Morse Fall Scale. Training Module. Partners HealthCare System Fall. Prevention Task Force. Based on J. Morse (1997). Preventing Patient Falls. CA: Sage ... Cited 2013Sep 8 Available from:http://www.brigamandwomens.org/.../falls/fall_tips_toolkit_mfs%20training%20module.pdf
11. Tomey.AM. Guide to nursing management and leadership .Mosby Co; 2004.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

NM/WI/01

معاونت درمان - مدیریت امور پرستاری

بیوسد
ت ا:
نومو
گرام
جهت
تعیین
نمایه
توده
بدنی

