

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

معاونت درمان - مدیریت امور پرستاری

دستورالعمل تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار

بسمه تعالی

اطمینان از ارائه خدمات کیفی، ایمن و اثربخشی آن در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، یکی از اهداف مهم نظام اعتبار بخشی محسوب می شود. از آن جا که ارزیابی پرستار از بیمار یکی از ملزومات نظام اعتبار بخشی می باشد، لذا فرم "ارزیابی اولیه پرستار" ارسالی به بخش ها می بایست . کلیه کارشناسان پرستاری ملزم به تکمیل فرم مذکور بر اساس دستورالعمل ضمیمه آن حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از بستری بیمار در کلیه بخش های بستری به استثنای درمانگاه های اورژانس، درمانگاه های سرپایی و اتاق های عمل می باشند.

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 تاریخ و ساعت پذیرش بیمار توسط پرستار جنس بیمار
- ✓ تابعیت بیمار بر حسب ایرانی و غیر ایرانی و نوع آن.
- ✓ علائم حیاتی بدو ورود شامل تعداد نبض، فشارخون، تعداد تنفس و درجه حرارت
- ✓ قد و وزن بیمار
- ✓ 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.
- ✓ وضعیت تاهل بیمار بر حسب مجرد، متأهل و سایر موارد
- ✓ تعداد فرزندان
- ✓ تحصیلات بیمار بر حسب باسواد و بی سواد
- ✓ شغل بیمار
- ✓ خلق بیمار: آرام، مضطرب، افسرده، ترس
- ✓ فاکتورهای استرس زای اخیر
- ✓ سیستم حمایتی بیمار شامل: همسر، خانواده، دوستان و آشنایان، بهزیستی، کمیته امداد، خیرین، بیمه و نوع آن
- ✓ سرپرست خانواده بودن، بی خانمان، ساکن بهزیستی، سرای سالمندان، زندان

وضعیت ارتباطی:

- ✓ هوشیاری، خواب آلودگی، گیج، بدون پاسخ و آگاه به زمان و مکان بودن
- ✓ 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 با ذکر نوع آن، عدم توانایی در صحبت کردن
- ✓ محاسبه مقیاس گلاسکو در کودکان و بزرگسالان بر حسب جدول زیر:

جدول GCS

| بزرگسال | | ۵-۱ سال | | از یک ماه تا یک سالگی | | GCS |
|---------|----------------------|---------|---------------------|-----------------------|---------------------|--------|
| ۴ | خودبخودی | ۴ | خودبخودی | ۴ | خودبخودی | EYE |
| ۳ | در واکنش به صدا | ۳ | با درخواست کلامی | ۳ | با داد زدن | |
| ۲ | با تحریک دردناک | ۲ | با تحریک دردناک | ۲ | با تحریک دردناک | |
| ۱ | بدون پاسخ | ۱ | بدون پاسخ | ۱ | بدون پاسخ | |
| ۵ | آگاه و هوشیار | ۵ | عبارات نامناسب | ۵ | گریه یا خنده بچگانه | VERBAL |
| ۴ | گیجی و کلمات نامناسب | ۴ | کلمات نامناسب | ۴ | گریه | |
| ۳ | پاسخ نامناسب | ۳ | گریه | ۳ | گریه نامناسب | |
| ۲ | صدای غیر قابل تشخیص | ۲ | خرخر | ۲ | خرخر | |
| ۱ | بدون پاسخ | ۱ | بدون پاسخ | ۱ | بدون پاسخ | |
| ۶ | اجرای دستورات | ۶ | اجرای دستورات | ۶ | حرکات خودبخود طبیعی | MOTOR |
| ۵ | تشخیص محل درد | ۵ | تشخیص محل درد | ۵ | تشخیص محل درد | |
| ۴ | دور کردن از محل درد | ۴ | دور کردن از محل درد | ۴ | دور کردن از محل درد | |
| ۳ | دکورتیکه | ۳ | دکورتیکه | ۳ | خم کردن غیر طبیعی | |
| ۲ | دسربره | ۲ | دسربره | ۲ | باز کردن اندام ها | |
| ۱ | بدون پاسخ | ۱ | بدون پاسخ | ۱ | بدون پاسخ | |

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.
- ✓ سایر حساسیت های بیمار 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 بیماری هایی که در فرم آورده شده است و در نهایت در قسمت سایر موارد اگر بیماری بود که در آیتم ها گنجانده نشده است
- ✓ 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 آرام و یا داشتن مشکلات خواب
- ✓ مصرف مکمل های غذایی و نوع آن
- ✓ واکسیناسیون
- ✓ 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 دارویی شامل: نوع دارو، مقدار دارو، علت مصرف، نحوه مصرف، موثر بودن دارو

دستورالعمل تکمیل محدودیت ها و ناتوانایی 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:

- ✓ مشکل شنوایی به صورت بلی یا خیر
- ✓ داشتن سمعک در گوش راست یا چپ
- ✓ داشتن مشکل بینایی به صورت خیر ، بله و ذکر نوع آن به صورت نابینایی، کم بینایی، داشتن عینک و لنز تماسی
- ✓ توانایی صحبت کردن، خواندن، نوشتن

- ✓ نقص و قطع عضو و ذکر عضو مبتلا
- ✓ استفاده از وسایل کمکی در حرکت
- ✓ داشتن هر گونه پروتز و ذکر نام آن
- ✓ توانایی انجام کار های روزانه: حرکت، لباس پوشیدن، غذا خوردن
- ✓ داشتن دندان مصنوعی
- ✓ استفاده از اکسیژن در خانه
- ✓ داشتن هر گونه درن، پانسمان، آتل، گچ، تراکشن 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 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 | 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 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 ۳-۱ 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:

| | |
|-------------------|-------------------|
| بالاترین ریسک خطر | امتیاز ۱۲-۶ |
| ریسک متوسط | امتیاز ۱۴-۱۳ |
| ریسک پایین | امتیاز ۱۵ به بالا |

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.

دستور العمل ارزیابی تکمیل احتمال سقوط از تخت Morse

- ۱- این ابزار از طریق مصاحبه با بیمار تکمیل می گردد.
- ۲- امتیاز هر ردیف کامل یا صفر می باشد.
- ۳- کنار ردیف امتیازات، یک ردیف اضافه جهت تیک زدن امتیاز مناسب می باشد.

- ۴- این فرم در راستای خط مشی ارتقا سطح ایمنی بیماران می باشد، همچنین جهت اجرای ارزیابی مستمر بیماران قابل استفاده می باشد.
- ۵- ردیف اول، در رابطه با سقوط قبلی، دارای امتیاز بوده و در صورت عدم سابقه هیچ امتیازی به آن تعلق نمی گیرد.
- ۶- ردیف دوم، در رابطه با بیماری زمینه ای (دیابت، پرفشاری خون، سرگیجه، صرع، شکستگی و ...) می باشد. در صورت داشتن حتی یک بیماری زمینه ای و یا چند مورد با هم امتیاز ۱۵ تعلق می گیرد و در غیر این صورت هیچ امتیازی به آن تعلق نمی گیرد.
- ۷- ردیف سوم، استفاده از ابزار حرکتی: در صورت استفاده از ویلچر بالاترین امتیاز (۳۰) را دریافت می کند، در صورت استفاده از ابزار های کمکی (واکر، عصا و ...) ۱۵ امتیاز و در صورت استراحت در تخت و یا عدم استفاده از ابزار حرکتی و یا مراقبت پرستاری (پرستار به یک بیمار) 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، عدم آگاهی بیمار به زمان و مکان امتیاز ۱۵ و در غیر این صورت صفر می باشد.
- ۱۰- در نهایت همه امتیازات جمع شده :

| | |
|-------------------|------------|
| امتیاز ۲۲-- | ریسک پایین |
| امتیاز ۲۵-۴۴ | ریسک متوسط |
| امتیاز ۴۵ به بالا | 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.

دستورالعمل تکمیل بررسی درد: از طریق مصاحبه، مشاهده بیمار و ثبت آن تکمیل می گردد.

| شماره صورتک | نشانه | برابر با |
|-------------|-----------------|----------|
| صفر | فقدان ناراحتی | صفر |
| ۱ | درد خفیف | ۲ |
| ۲ | درد اندکی بیشتر | ۴ |
| ۳ | در باز هم بیشتر | ۶ |
| ۴ | درد تمام عیار | ۸ |
| ۵ | بدترین درد | ۱۰ |

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

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
- ✓ نیاز بیمار به بررسی های جامع تر بر حسب بررسی اولیه پرستار از بیمار شامل: مدیریت درد، تغذیه، روانپزشکی، دندانپزشکی، چشم پزشکی، شنوایی سنجی و ذکر سایر سیستم های مورد نیاز در قسمت سایر موارد
- ✓ 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
- ✓ ثبت سطح مراقبتی بیمار بر اساس پنج سطح تعریف شده

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.

مدیریت امور پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

ویرایش دوم ۱۳۹۲