

آئین نامه تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار



مدیریت پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مشهد

فروردین ۹۵

آئین نامه تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار

۱. اطمینان از ارائه خدمات کیفی ، ایمن و اثر بخشی آن در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت ، یکی از اهداف مهم نظام اعتبار بخشی محسوب می شود. از آنجا که ارزیابی پرستار از بیمار یکی از ملزومات نظام اعتبار بخشی می باشد ، فرم ارزیابی اولیه پرستار به عنوان یکی از اوراق پرونده بیماران طراحی شد. کلیه کارشناسان پرستاری ملزم به تکمیل فرم درمان های اورژانس ، درمانگاه های سرپایی و اتاق های عمل می باشند.

۲. واژگان و تعاریف :

تمامی واژگان بکار رفته در این سند کاملاً گویا بوده و نیازی به تعریف ندارند.

۳. مهارت مسئول :

۳-۱- دارا بودن مدرک کارشناسی پرستاری

۳-۲- آشنا بودن با اصول فرآیند پرستاری

۴. منابع و مراجع مورد نیاز :

۴-۱- فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار به شماره سند ۹۶۰-ف

۴-۲- تجهیزات لازم جهت ارزیابی اولیه بیمار

۵. دستورالعمل :

این فرم به وسیله مصاحبه با بیمار یا همراه وی ، مشاهدات پرستار و نتایج بررسی های انجام شده تکمیل می شود در قسمت هایی که پاسخ بیمار باید ثبت شود عین اظهارات وی را ثبت نمایید. این فرم شامل ۱۰ آیتم است که نحوه تکمیل آن به شرح زیر می باشد.

۵-۱- بخش اطلاعات پایه:

- ✕ تاریخ و ساعت پذیرش
- ✕ جنس بیمار
- ✕ تابعیت بیمار : برحسب ایرانی و غیر ایرانی
- ✕ نحوه ورود بیمار : بر مبنای با پای خود ، صندلی چرخ دار ، برانکارد و سایر روش های ورود
- ✕ زبانی که بیمار صحبت می نماید : فارسی ، سایر زبان ها
- ✕ اتصالات بیمار : درن ، شانت و.....
- ✕ منبع اطلاعات : بیمار، خانواده بیمار یا سایر منبع با ذکر آن
- ✕ همراهان بیمار : برحسب خانواده ، دوستان ، همکار و یا هیچ کس
- ✕ مراجعه بیمار از : مطب پزشک / اورژانس ، اتاق عمل ، بخش ویژه ، بیمارستان دیگر ، منزل و سایر موارد
- ✕ وضعیت تاهل بیمار : برحسب مجرد ، متاهل و سایر موارد و تعداد فرزندان
- ✕ تحصیلات بیمار : برحسب باسواد و بی سواد
- ✕ شغل بیمار

۵-۲- بخش تاریخچه سلامتی :

☞ علائم حیاتی بیمار : فشار، درجه حرارت ، تعداد نبض ، تعداد تنفس

☞ شکایت اصلی بیمار : باید مختصراً توضیح داده شود

آئین نامه تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار

- ❑ بیماری فعلی : علتی که پزشک بیمار را بستری نموده است ثبت شود
- ❑ سوابق بیماریها : بر مبنای اطلاعات بیمار ، همراهیان ، شرح حال پزشک
- ❑ عادات بیمار
- ❑ مشکلات خواب بیمار
- ❑ بیماریهای خاص در خانواده : نام بیماری ثبت می گردد

۵-۳- ارزیابی درد :

❑ از طریق مصاحبه ، مشاهده بیمار و ثبت آن تکمیل می گردد. در امتیازدهی به درد دور عدد مورد نظر برحسب مصاحبه با بیمار دایره کشیده می شود برای بالغین از معیار نمره گذاری و برای کودکان از معیار شکلی استفاده می شود :

شماره صورتک	نشانگر	برابر با
صفر	فقدان ناراحتی	صفر
۱	درد خفیف	۲
۲	درد اندکی بیشتر	۴
۳	درد بازهم بیشتر	۶
۴	درد تمام عیار	۸
۵	بدترین درد	۱۰

- ❑ مشخص نمودن محل درد
- ❑ نوع درد برحسب حاد و مزمن
- ❑ طول مدت درد برحسب متناوب و مداوم
- ❑ میزان تاثیر درد بر روی فعالیت بیمار برحسب دارد یا ندارد
- ❑ عواملی که درد را بدتر می کند
- ❑ عواملی که درد را بهبود می بخشد
- ❑ روش های تسکین درد برحسب دارویی و غیر دارویی با ذکر روش و میزان تاثیر آن نوشته می شود.

۵-۴- بررسی دستگاه های بدن :

- * قلبی - عروقی : بر مبنای بدون مشکل ، ریتم ، ضعف و بی حالی ، درد قفسه سینه ، پیس میکر، DVT، ادم
- * تنفسی : بر مبنای بدون مشکل و یا نوع مشکل تنفسی علامت زده می شود و توضیحات لازم نیز ثبت می گردد
- * عصبی : سطح هوشیاری بر مبنای سیستم AVPU ، سرگیجه ، عدم تعادل ، سردرد ، تشنج ، کرختی و بی حسی عضو با ذکر مشخصات عضو ، وضعیت مردمک ها علامت زده می شود و در صورت نیاز توضیحات تکمیلی ثبت می گردد
- * عضلانی - اسکلتی : بر مبنای بدون مشکل ، وضعیت اندام ، ناهنجاری علامت زده می شود و سایر توضیحات ثبت می شود
- * گوارش : بر مبنای بدون مشکل ، تهوع ، استفراغ ، اسهال ، یبوست ، نفخ ، تندرین شکمی ، اختلال در بلع ، بی اختیاری مدفوع ، رکتوراژی ، آسیت علامت زده می شود و توضیحات تکمیلی ثبت می شود

آئین نامه تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار

- * کلیوی- اداری تناسلی : بر مبنای بدون مشکل ، دیزوری ، الیگوری ، پلی اوری ، آنوری ، تکرر ادرار ، بی اختیاری ، هماچوری، استفاده از کاتتر ادراری ، وجود فیستول وریدی - شریانی ، اختصاصی در زنان (آمنوره ، منوپوز ، خونریزی و ترشحات غیر طبیعی ، شیردهی) اختصاصی در مردان(هماتوم ، ادم ، درد حاد اسکروتوم)علامت زده می شود
- * پوست : بر مبنای بدون مشکل ، رنگ پوست ،درجه حرارت پوست ، تورگور پوست علامت زده و سایر موارد توضیح داده می شود
- * روان : بر مبنای بدون مشکل ، خطر حملات تهاجمی ، ناتوانی مراقبتی علامت زده شده و سایر موارد توضیح داده می شود

۵-۵ - سوابق دارویی :

✂ سابقه مصرف دارو و حساسیت دارویی علامت زده می شود و نام مهمترین داروهای مصرفی ، مقدار دارو و زمان مصرف دارو در جدول مربوطه ثبت می گردد .

۵-۶ - محدودیت ها و ناتوانی ها :

✂ بر مبنای مشکلات شنوایی ، مشکلات بینایی ، نقص و قطع عضو ، توانایی انجام کار روزانه ، توانایی استفاده از زنگ احضار پرستار ، نحوه صحبت نمودن علامت زده می شود

۵-۷ - ارزیابی زخم بستر :

❖ بر مبنای زخم بستر در بدو پذیرش (محل زخم بستر و ابعاد آن توضیح داده می شود) و مستعد بودن پوست برای ابتلاء به زخم بستر علامت زده می شود
ارزیابی ابتلاء به زخم بستر (Bedsore) بر اساس ابزار برادن (Scale Braden)

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

۱ امتیاز	عدم پاسخ به محرکات 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

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

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

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

۱ امتیاز	محدودیت از تخت ، اجازه خروج از تخت را ندارد
۲ امتیاز	با صندلی چرخ دار حرکت می کند

آئین نامه تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار

۳ امتیاز	با کمک ، گاهی راه می رود
۴ امتیاز	مرتبا به طور مستقل راه می رود

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

۱ امتیاز	کاملا بدون حرکت باشد
۲ امتیاز	تحرک خیلی محدود در تخت
۳ امتیاز	محدودیت حرکتی در تخت
۴ امتیاز	حرکت مستقل و بدون کمک در تخت

بخش ، ارزیابی توانایی در تغییر پوزیشن بیمار با دامنه ۱-۴ می باشد :

۱ امتیاز	تغذیه بیمار کاملا ناکافی است ممکن است روزها NPO باشد
۲ امتیاز	تغذیه ناکافی از راه دهان یا از طریق NGT
۳ امتیاز	تغذیه ناکافی به طوریکه بیش از نصف از غذایش را می خورد
۴ امتیاز	تغذیه کاملا خوب ، همه وعده های غذایی را به طور کامل می خورد

ششمین بخش ، مربوط به اصطکاک و سایش پوست بدن با دامنه ۱-۴ می باشد :

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

در مرحله آخر ، کل امتیازات جمع شده و ثبت می شود :

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

میزان ریسک ایجاد زخم در کاردکس ثبت می شود.

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.

۵-۸ - ارزیابی احتمال سقوط از تخت :

بر مبنای سابقه سقوط از تخت و ریسک سقوط از تخت (بر اساس ریسک سقوط بیمار موریس) علامت زده می شود .

ارزیابی ریسک سقوط بیمار موریس		
امتیاز	شاخص	ریسک فاکتور
۲۵	بله	سابقه افتادن بیمار
۰	خیر	
۱۵	بله	تشخیص ثانویه (سن - سابقه بیماری - مصرف دارو و ...)
۰	خیر	

آئین نامه تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار

(.....)		
وسایل کمک حرکتی	کمک گرفتن از وسایل داخل اتاق (کمد، صندلی و....)	۳۰
	واکر، عصا ، عصای زیر بغل	۱۵
	کمک گرفتن از پرستار، استراحت در تخت، بی حرکت، بدون هیچ وسیله حرکتی	۰
IV درمانی یا هپارین لاک	بله	۲۰
	خیر	۰
الگوی گام برداشتن و حرکتی	مختل	۲۰
	ضعیف	۱۰
	بی حرکت ، استراحت در تخت ، طبیعی	۰
وضعیت مغزی	فراموشی در محدودیت های حرکتی	۱۵
	آگاه به توانایی ها و محدودیت های حرکتی خود	۰

۵-۹- ارزیابی مددکاری :

⇐ بر مبنای سیستم حمایتی ، توجیه هزینه ها ، نیاز به مددکار اجتماعی ، سرپرست خانواده ، بی خانمان ، ساکن بهزیستی ، سرای سالمندان ، زندان علامت زده می شود .

۵-۱۰- ارزیابی تغذیه ای :

✓ بر مبنای نمای توده بدنی ، بی اشتها ، بیماری شدید و مخاطره آمیز ، وجود حساسیت غذایی علامت زده می شود و نوع حساسیت توضیح داده می شود .
✓ توده بدنی بر اساس فرمول BMI محاسبه می گردد (BMI = وزن بر حسب کیلوگرم / مجذور قد بر حسب متر)

۵-۱۱- تشخیص های پرستاری :

➤ بر اساس ارزیابی انجام شده ، مشکلات بیمار و تشخیص های پرستاری مربوط به آن به ترتیب اولویت در این قسمت ثبت شود.

۵-۱۲- سطح بندی بیماران بر اساس نیازهای مراقبتی

- Self care: سطح ۱ (قادر به مراقبت از خود) 🚩
- Minimal care: سطح ۲ (نیاز به مراقبت جزئی) 🚩
- Moderate care: سطح ۳ (نیاز به مراقبت متوسط) 🚩
- Extensive care: سطح ۴ (نیاز به مراقبت شدید) 🚩
- Intensive care: سطح ۵ (نیاز به مراقبت ویژه) 🚩

طبقه ۱: قادر به مراقبت از خود

۱- فعالیتهای روزانه (Daily living)

آئین نامه تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار

- ⑤ خوردن و آشامیدن : خود بیمار قادر به خوردن و آشامیدن می باشد و یا نیاز به کمک اندکی دارد .
- ⑤ نظافت و آراستگی : تقریباً کاملاً به خود متکی می باشد .
- ⑤ دفعی : خود به خود به تنهایی یا تقریباً تنها به توالی می رود و بی اختیاری ادراری ندارد .
- ⑤ حرکت : بیمار به خود متکی است .

۲- سلامت عمومی (General Health)

- ⑤ بیمار جهت یک پروسیجر تشخیصی ، انجام یک پروسیجر یا جراحی ساده یا جزئی پذیرفته شده است .

۳- آموزش و حمایت عاطفی و روانی (Teaching and Emotional Support)

- ⑤ آموزش روتین برای پروسیجر ساده
- ⑤ آموزش بعد از ترخیص از بیمارستان
- ⑤ واکنشهای غیر و معمول عاطفی ندارد
- ⑤ بیمار ممکن است نسبت به آگاه شدن به زمان ، مکان و شخص در هر شیفت نیاز داشته باشد

۴- درمان ها و داروها (Treatment and Medication)

- ⑤ ندارد یا داروها و درمانهای ساده دارد .

طبقه ۲: مراقبت جزئی

۱- فعالیتهای روزانه (Daily living)

- خوردن و آشامیدن : بیمار می تواند به تنهایی غذا بخورد ولی نیازمند کمک در آماده کردن غذا تشویق به خوردن و پوزیشن گرفتن است .
- نظافت و آراستگی : اکثریت موارد بدون کمک یا با کمک جزئی جهت بیمار انجام می گیرد.
- دفعی : نیاز به کمک جهت رفتن به توالی یا استفاده از لوله ادراری دارد. بی اختیاری ادراری یا تجربه بی اختیاری استرسی ادراری یا قطره قطره ادرار کردن را ندارد .
- حرکت : به خودی خود یا با کمک جزئی حرکت می کند .

۲- سلامت عمومی (General Health)

- بیمار علائم و نشانه های جزئی بیشتر از یک بیماری متوسط دارد
- نیازمند مانیتورینگ ، گرفتن علائم حیاتی
- درناژ و انفوزیون بدون عوارض جانبی

۳- آموزش و حمایت عاطفی و روانی (Teaching and Emotional Support)

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

آئین نامه تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار

۴- درمان ها و داروها (Treatment and Medication)

- ۳۰ - ۲۰ دقیقه در هر شیفت نیازمند ارزیابی از نظر موثر بودن دارو و درمان می باشد
- بیمار ممکن است هر ۲ ساعت نیاز به بررسی وضعیت مغزی یا شناختی را داشته باشد .

طبقه ۳ : مراقبت متوسط

۱- فعالیتهای روزانه (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 برداشت لگن و لوله ادراری را دارد .
- حرکت : به طور کامل وابسته می باشد و نیازمند چرخاندن توسط یک نفر می باشد و تنهها میتواند به صورت جزئی بچرخد .

۲- سلامت عمومی (General Health)

- بیمار علائم حاد دارد که ممکن است کاهش یابد
- نیازمند مانیتورینگ و ارزیابی وضعیت فیزیولوژیکی یا وضعیت عاطفی هر ۲ تا ۴ ساعت است .
- درناژ مداوم یا انفوزیون که نیازمند مانیتورینگ هر ۱ ساعت است را دارد .

۳- آموزش و حمایت عاطفی و روانی (Teaching and Emotional Support)

- نیازمند آموزش و حمایت عاطفی و روانی ۳۰ - ۱۰ دقیقه در هر شیفت است
- گاهی در مقابل به آموزش ها مقاومت می نماید و یا سریعاً درک می نماید .
- بیمار ممکن است گیج ، آذیته باشد اما نسبتاً به خوبی توسط دارو ، آگاهی دادن مرتب یا محدودکننده کنترل می گردد .

۴- درمان ها و داروها (Treatment and Medication)

- ۶۰ - ۳۰ دقیقه در هر شیفت نیازمند مشاهده مکرر برای اثرات جانبی یا واکنشهای آلرژیک است
- بیمار ممکن است هر ۱ ساعت نیاز به بررسی وضعیت مغزی یا شناختی را داشته باشد

طبقه ۴ : مراقبت شدید

۱- فعالیتهای روزانه (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 .

آئین نامه تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار

- نظافت و آراستگی : کلیه موارد مانند حمام کردن ، مراقبت از موها ، مراقبت از دهان را بیمار کاملاً با کمک انجام میدهد .
- دفعی : بیشتر از ۲ بار در هر شیفت بی اختیاری دارد.
- حرکت : خود بیمار نمی تواند بچرخد، جهت چرخیدن در تخت نیازمند ۲ نفر می باشد .

۲- سلامت عمومی (General Health)

- به شدت بیمار است و دچار علائم حادی مانند خونریزی یا کاهش مایعات بدن ، حملات تنفسی حاد و ... می باشد
- نیازمند مانیتورینگ و ارزیابی

۳- آموزش و حمایت عاطفی و روانی (Teaching and Emotional Support)

- نیازمند آموزش و حمایت عاطفی و روانی بیشتر از ۶۰ دقیقه در هر شیفت است
- بیماران ممکن است گیج، بی قرار و عصبی و آژیته بوده وبا دارو محدودکننده و یا آگاهی دادن مکرر کنترل نمی گردد .

۴- درمان ها و داروها (Treatment and Medication)

- نیازمند بیشتر از ۶۰ دقیقه مشاهده مکرر برای اثرات جانبی یا واکنشهای آلرژیک است
- نیازمند مشاهده و ارزیابی وضعیت مغزی و شناختی هر ۱ ساعت دارد .

طبقه ۵: مراقبت ویژه

- نیازمند مشاهدات دائم می باشد و در هر شیفت مانیتورینگ مداوم نیاز دارد . مانند مراقبت از بیمار تحت ونتیلاتور

در پایان تاریخ و ساعت ارزیابی بیمار ، نام و نام خانوادگی پرستار و مهر و امضا پرستار درج می گردد.