

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شماره پرونده: Unit No:

فرم ارزیابی اولیه بیمار مبتلا به اختلالات اعصاب و روان

INITIAL PSYCHIATRIC PATIENT ASSESSMENT SHEET

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:																					
Date of Admission:	تاریخ پذیرش در بخش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:																					
		Bed:	تخت:																									
<p>ساعت ورود به بخش: ساعت شروع ارزیابی:</p> <p>میزان تحصیلات: دین:</p> <p>وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> منبع اطلاعات: بیمار <input type="checkbox"/> خانواده (با ذکر نسبت) <input type="checkbox"/> .. سایر نام ببرید.....</p> <p>مشخصات فردی که در مواقع ضروری بتوان با او تماس گرفت (نام، نسبت و شماره تماس):</p> <p>علائم حیاتی بدو ورود: T: RR: PR: BP: لوله و اتصالات بیمار (IV، استومی و...) ذکر نام و محل</p> <p>مراجعه از: مطب پزشک <input type="checkbox"/> اورژانس <input type="checkbox"/> درمانگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان دیگر <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> مراجع قضایی <input type="checkbox"/> سایر موارد</p> <p>نحوه ورود: با پای خود <input type="checkbox"/> صندلی چرخدار <input type="checkbox"/> برانکار <input type="checkbox"/> سایر نام ببرید.....</p> <p>بیماران خانم: وضعیت بارداری: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> وضعیت شیردهی در بیمار خانم: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>																												
<p>سطح هوشیاری: هوشیار <input type="checkbox"/> گیج <input type="checkbox"/> خواب آلوده <input type="checkbox"/> بدون پاسخ <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید</p> <p>زبان و نوع گویش: نیاز به مترجم دارد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ارتباط چشمی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>ارتباط کلامی: ۱- تن صدا: طبیعی <input type="checkbox"/> بلند <input type="checkbox"/> آهسته <input type="checkbox"/> ۲- سرعت تکلم: طبیعی <input type="checkbox"/> زیاد <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/> با تاخیر <input type="checkbox"/> فشار تکلم <input type="checkbox"/></p> <p>۳- میزان تکلم: طبیعی <input type="checkbox"/> پرحرف <input type="checkbox"/> کم حرف <input type="checkbox"/> فقر کلام <input type="checkbox"/> خاموشی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> ۴- اختلال تکلم: لکنت زبان <input type="checkbox"/> دیسفونی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/></p>																												
<p>ظاهر کلی: مرتب <input type="checkbox"/> ژولیده <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید:</p> <p>در صورت وجود زخم و آثار جراحی، کبودی، اسکار، خالکوبی، موقیعت آناتومیک آن ذکر شود:</p> <p>سایر مشکلات پوست از قبیل وجود (شپش، کال و...): خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام ببرید</p> <p>وضعیت روانی و حرکتی: طبیعی <input type="checkbox"/> کاتاتونیا <input type="checkbox"/> سختی و سختی <input type="checkbox"/> انعطاف مومی شکل <input type="checkbox"/> تیک <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید</p>																												
<p>خلق: طبیعی <input type="checkbox"/> افسرده <input type="checkbox"/> تحریک پذیر <input type="checkbox"/> پرخاشگر <input type="checkbox"/> سرخوشی (خلق بالا) <input type="checkbox"/> نوسان خلق <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> توضیح دهید</p> <p>عاطفه: متناسب <input type="checkbox"/> نامتناسب <input type="checkbox"/> کند <input type="checkbox"/> محدود <input type="checkbox"/> سطحی <input type="checkbox"/> بی ثبات <input type="checkbox"/> بی تفاوت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> توضیح دهید</p> <p>هذیان: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> * نوع آن:</p> <p>* توهم: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع آن: شنوایی <input type="checkbox"/> بینایی <input type="checkbox"/> بویایی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> توضیح دهید</p>																												
<p>اختلال موقعیت سنجی: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> مشخص کنید: مکان <input type="checkbox"/> زمان <input type="checkbox"/> افراد <input type="checkbox"/> * تمرکز: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>* اختلال حافظه: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> مشخص کنید: فوری <input type="checkbox"/> نزدیک <input type="checkbox"/> دور <input type="checkbox"/> * پیش: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> توضیح دهید</p>																												
<p>سابقه آسیب به خود (خود زنی): ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> سابقه آسیب به دیگران: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> سابقه اقدام به خودکشی: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p> <p>روش انجام خودکشی های قبلی:</p> <p>نیاز به ارزیابی مهار فیزیکی و شیمیایی: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>																												
<p>شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار و یا خانواده بیمار): علت بستری (تشخیص اولیه پزشک معالج):</p> <p>سابقه بستری: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> تاریخ آخرین بستری: علت آخرین بستری:</p> <p>سابقه بیماری (جسم / روان / احتلال مادرزادی): ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> در صورت داشتن سابقه نام بیماری:</p> <p>سابقه بیماری در خانواده (جسم / روان): خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام بیماری:</p> <p>عادات و عوامل خطر: * سوء مصرف دارو <input type="checkbox"/> سوء مصرف موادمخدر <input type="checkbox"/> مصرف الکل <input type="checkbox"/> مصرف سیگار <input type="checkbox"/> مصرف قلیان <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید:</p> <p>خواب و استراحت: ۱- میزان خواب و استراحت در ۲۴ ساعت: مشکلات خواب: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نام ببرید</p>																												
<p>حساسیت دارویی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/> نوع دارو:</p> <p>حساسیت غذایی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/> نوع غذا:</p> <p>* نوع واکنش:</p> <p>* نوع واکنش:</p>																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>محور</th> <th>وجود مشکل / وضعیت خاص</th> <th>ذکر مشکل یا وضعیت خاص</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>تنفس (الگوی تنفس / ترشحات / آل...)</td> <td>خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>قلب و عروق (نبض و...)</td> <td>خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>پوست و مو (حرارت، رطوبت، تمامیت، زخم و...)</td> <td>خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>گوارش و دفع (یبوست / اسهال / بی اختیاری...)</td> <td>خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ادراری (بی اختیاری / احتباس / دیزوری و...)</td> <td>خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>سایر سیستم ها</td> <td>خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								محور	وجود مشکل / وضعیت خاص	ذکر مشکل یا وضعیت خاص	تنفس (الگوی تنفس / ترشحات / آل...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>		قلب و عروق (نبض و...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>		پوست و مو (حرارت، رطوبت، تمامیت، زخم و...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>		گوارش و دفع (یبوست / اسهال / بی اختیاری...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>		ادراری (بی اختیاری / احتباس / دیزوری و...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>		سایر سیستم ها	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
محور	وجود مشکل / وضعیت خاص	ذکر مشکل یا وضعیت خاص																										
تنفس (الگوی تنفس / ترشحات / آل...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>																											
قلب و عروق (نبض و...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>																											
پوست و مو (حرارت، رطوبت، تمامیت، زخم و...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>																											
گوارش و دفع (یبوست / اسهال / بی اختیاری...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>																											
ادراری (بی اختیاری / احتباس / دیزوری و...)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>																											
سایر سیستم ها	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>																											
<p>VI - این فرم به صورت پشت و رو چاپ شود</p> <p>لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید</p> <p>کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت - G4 - ۹۶/۱۰</p>																												

فرم ارزیابی اولیه بیمار مبتلا به اختلالات اعصاب و روان
INITIAL PSYCHIATRIC PATIENT NURSING ASSESSMENT

نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	ارزیابی سابقه دارویی	
<p>۱- محدودیت‌ها:</p> <p>شنوایی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ به ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا:</p> <p>بینایی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ به ذکر نوع محدودیت و چشم مبتلا:</p> <p>نقص و قطع عضو: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ به ذکر نوع نقص و اندام مربوطه: (نام ببرید)</p> <p>۳- وسایل کمکی و پروتزها: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> بر اساس موارد زیر مشخص نمایید.</p> <p>عصا <input type="checkbox"/> واکر <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/> چوب زیربغل <input type="checkbox"/> پروتز اندام <input type="checkbox"/> دندان مصنوعی <input type="checkbox"/> پروتز چشمی <input type="checkbox"/> سمعک <input type="checkbox"/> عینک <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نام ببرید:</p> <p>۲- انجام فعالیت روزانه زندگی:</p> <p>غذا خوردن: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک) <input type="checkbox"/></p> <p>لباس پوشیدن: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک) <input type="checkbox"/></p> <p>استحمام: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک) <input type="checkbox"/></p> <p>دستشویی رفتن: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک) <input type="checkbox"/></p> <p>تحرك و جابجایی: مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (نیازمند کمک) <input type="checkbox"/></p>						محدودیت‌ها و تواناییها	
<p>وزن: <input type="checkbox"/> قد: <input type="checkbox"/></p> <p>نمایه توده بدنی بزرگسال (BMI): <input type="checkbox"/> زد اسکور نمایه توده بدنی (کمتر از ۱۹ سال): <input type="checkbox"/></p>						<p>تغذیه ای</p> <p>وضعیت ارزیابی</p>	
<p>۱) آیا در بیمار بزرگسال، BMI کمتر از ۲۰ است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> غیرقابل ارزیابی / آیا در بیمار ۱۸-۱۲ سال، زد اسکور نمایه توده بدنی کمتر از ۲- و یا بیشتر از ۲+ است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۲) آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته کاهش وزن ناخواسته داشته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۳) آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی اشتها یا کاهش دریافت غذا به هر دلیل شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۴) آیا بیماری فرد از نوع بیماریهای ویژه (رجوع به راهنما) است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>							
<p>نتیجه ارزیابی*: ارجاع به کارشناس تغذیه لازم است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>*در صورتی که حتی یک «بله» در جدول علامت خورده باشد یا بیمار بیش از یک هفته در بیمارستان بستری باشد لازم است با اطلاع پزشک، اطلاع رسانی به کارشناس تغذیه برای مشاوره و ارزیابی تخصصی انجام شود. در مادران باردار علاوه بر موارد فوق، وجود دیابت، پره اکلامیسی و اکلامیسی (فشار خون بالا) مورد تاکید است.</p>							
<p>*در صورت وجود زخم فشاری موقعیت آناتومیک آن ذکر شود:</p> <p>احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>							*ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری
<p>احتمال خطر سقوط: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p>							ارزیابی احتمال خطر سقوط
<p>در صورت وجود درد از صفر تا ده نمره درد بیمار چند است؟</p> <p>محل درد:</p> <p>طول مدت: مداوم <input type="checkbox"/> متناوب <input type="checkbox"/></p> <p>روش های تسکین درد:</p> <p>دارویی (ذکر نام دارو):</p> <p>غیردارویی ذکر روش:</p>						غریبالگری و بررسی درد	
<p>*بیمار جزء گروه های پرخطر اجتماعی می باشد (رجوع به راهنما): بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>*مشکل در پرداخت هزینه های درمان (مصلومیان ترافیکی، مصلومین شغلی، فاقد بیمه، اتباع غیر ایرانی): ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/></p> <p>*حضور همراه موثر: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نسبت به بیمار:</p> <p>*بدون مشکل <input type="checkbox"/></p>						*ارزیابی نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی	
<p>ارزش های مذهبی و فرهنگی بیمار / خانواده که بر روی روند درمان یا آموزش تاثیر گذار باشد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت جواب بله توضیح دهید:</p>						ارزش های مذهبی و فرهنگی	
<p>آیا بیمار تمایل به یادگیری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا بیمار توانایی یادگیری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت جواب خیر نزدیکترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش:</p> <p>موانع یادگیری: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام ببرید:</p> <p>ذکر نیازهای آموزشی بیمار در بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده:</p>						نیاز های آموزشی و خود مراقبتی	
<p>آیا بیمار نیاز به بررسی های جامع تر ذیل دارد (در صورت بله موارد مشخص شود)؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></p> <p>مددکاری <input type="checkbox"/> تغذیه ای <input type="checkbox"/> بازتوانی <input type="checkbox"/> روانپزشکی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/></p>						بررسی بیشتر	
<p>تشخیص های پرستاری بدو ورود با توجه به ارزیابی اولیه:</p> <p>۱- ۲- ۳-</p>							
<p>نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار ساعت پایان ارزیابی تاریخ</p>							