



برگ بررسی از نظر پرستاری

NURSING ASSESSMENT SHEET

نام خانوادگی: Family Name:	نام: Name:	بخش: Ward:	تشخیص: تشخیص:
شکایت اصلی:	تاریخ تولد:	تخت: Bed:	تاریخ پذیرش:

دستوربستری	اورژانس ☐	الکتیو ☐	
دلیل بستری:.....	سابقه بستری:.....	اعضای مصنوعی:.....	بیماریهای زمینه ای:.....
نحوه ورود:	با پای خود ☐	صندلی چرخدار ☐	برانکارد ☐
منبع اطلاعات:	بیمار ☐	خانواده ☐	سایر منابع:.....
همراهان بیمار:	خانواده ☐	دوستان ☐	هیچکس ☐
زبان مادری:	ترکی آذری ☐	فارسی ☐	سایر:.....
ارتباطات:	لکنت زبان ☐	کم شنوایی ☐	کم بینایی ☐
حساسیت دارویی:.....	حساسیت غذایی:.....	سابقه مصرف داروی خاص:.....	
علائم حیاتی:	BP:	PR:	RR: T:
ارزیابی درد سینه:			
Provokes& Palliative			
Quality of pain			
Radiation of pain			
Severity of pain			
Time of pain (duration)			

وضعیت بیمار			وضعیت نرمال
	خیر	بلی	مغز و اعصاب / سایکوموتور: بیمار بیدار، هشدار است آگاه به، مکان و زمان و اشخاص پاسخ به صدا و اجرای دستورات قدرت برابر و متقارن همه اندام ها حرکت لب گفتار روشن و قابل فهم حافظه سالم رفتار مناسب PERRLA Pupils Equal Round Reactive to Light Accommodation

			قلب و عروق: ضربان قلب آپیکال به طور منظم، میزان ۶۰-۱۰۰ ریتم سینوسی منظم پالس های محیطی قابل لمس اندام پر شدن مویرگی در کمتر از ۳ ثانیه اندام های گرم در لمس بدون بی حسی یا سوزن سوزن شدن رنگ پوست معمولی ادم بدون تندرns بدون درد قفسه سینه
	خیر	بلی	ریوی: تنفس به طور منظم، میزان ۱۲-۲۰ بدون تنگی نفس در حالت استراحت و یا در فعالیت صداهای تنفسی واضح بدون سرفه، بدون خلط میزان بالای ۹۰٪ اشباع اکسیژن خون شریانی در هوای اطاق
	خیر	بلی	دستگاه گوارش: شکم صاف، بدون درد صداهای شکمی و روده ای مثبت بدون تهوع / استفراغ، تحمل رژیم غذایی مخاط سالم دهان مدفوع با قوام طبیعی، قهوه ای و نرم
	خیر	بلی	ادراری تناسلی: مثانه بدون درد یا تکرر ادراری مثانه پس از ادرار کردن متسع نمی شود ادرار روشن، زرد کهربایی رنگ است خونریزیهای غیر طبیعی زنان
جمع نمره: ارزیابی وضعیت بیمار: خیلی پرخطر ۱۲-۱۰ پرخطر ۱۴-۱۳ خطر متوسط ۱۸-۱۵ بدون خطر ۲۳-۱۹	خیر	بلی	پوست: گرم، خشک و سالم تورگور مناسب بدون قرمزی، تورم و یا زخم ارزیابی زخم فشاری در بیماران در معرض خطر بر اساس مقیاس برادن (سالمند- دیابتی-CVA، تحت ونتیلاتور، ادم، نارسایی قلبی و ...): ۱- ادراک حسی نمره یک : محدودیت دارد. پاسخ نمی دهد احساس درد ندارد. نمره ۲: اختلال حسی دارد. در حد ناله هوشیاری دارد. نمره ۳: محدودیت خفیف . مشکل حسی قابل توجه دارد. نمره ۴: بدون محدودیت و قدرت گفتن درد ۲- رطوبت نمره ۱: دائما پوست مرطوب دارند. تعریق زیاد، بی اختیاری مدفوع و ادرار نمره ۲: مرطوب نیاز به تعویض ملحفه هر شیفت نمره ۳: گاهی مرطوب . لایه روین ملحفه مرطوب بوده و نیاز به تعویض روزانه دارد نمره ۴: پوست خشک تعویض ملحفه بصورت روتین ۳- فعالیت بیمار: خروج از تخت نمره ۱: وابسته به تخت و بدون خروج از تخت نمره ۲: در حد پایین آمدن از تخت و نشستن روی صندلی با کمک نمره ۳: قدم زدن گاه گاه توسط خود بیمار

			نمره ۴: بدون محدودیت و در حال حرکت حداقل ۲ بار در روز از اتاق خارج می شود. ۴- تحرک: تغییر پوزیشن و کنترل پوزیشن نمره ۱: کاملاً بی حرکت نمره ۲: محدودیت زیاد. حرکات گاه گاه و ناتوان در انجام حرکت نمره ۳: خفیف. مداوم در تخت حرکت می کند نمره ۴: بدون محدودیت. بدون کمک دیگران تغییر پوزیشن می دهد. ۵- تغذیه نمره ۱: خیلی ضعیف. هیچ وقت نمی تواند غذای کامل مصرف کند. NPO است. نمره ۲: احتمال ناکافی. ندرتاً غذای کافی می گیرد. گاهی مکمل استفاده می کند. نمره ۳: کافی. تغذیه با NG Tub یا TPN نمره ۴: عالی. مصرف همه انواع غذا و بدون نیاز به مکمل ۶- سایش و کشش نمره ۱: فرد برای حرکت نیاز به کمک دیگران دارد. مستقل نیست (بیمار بی قرار) نمره ۲: حداقل کمک را برای جابجا شدن در تخت نیاز دارد. نمره ۳: راحت در تغییر پوزیشن و حرکت
	خیر	بلی	حرکتی/حسی: بدون اختلال حسی بدون اختلال حرکتی بدون فلاسید و یا اسپاسیتی بدون قطع عضو
	خیر	بلی	لاین های تهاجمی (IV;CVP;CHEST TUBE &...) نوع _____ محل _____ نوع _____ محل _____ نوع _____ محل _____ نوع _____ محل _____ نوع _____ محل _____ بدون قرمزی، ترشح، تورم، درد و گرگرفتگی و پاسمان مناسب
	خیر	بلی	پانسمان جراحی یا ارزیابی زخم: پانسمان خشک و دست نخورده بخیه دست نخورده بدون قرمزی، حساسیت به لمس، افزایش دما لبه های زخم تقریباً خوب بدون ترشحات

	علایم عینی:
	علایم ذهنی:

