

دستورالعمل نحوه تکمیل فرم ارزیابی اولیه بیمار

فرم های ارزیابی اولیه بیمار که در پرونده بیماران موجود است باید حداکثر تا ۲۴ ساعت در بخش های بستری و در اورژانس حداکثر ۶ ساعت تکمیل گردد ولی طبق محدوده زمانی اعلام شده در تمامی بخش ها فرمهای ارزیابی بیمارانیکه بستری شده اند حداکثر تا پایان همان شیفت تکمیل شوند.

فرم باید توسط پرستار پس از معرفی خود به بیمار و کسب اجازه از بیمار با استفاده از تکنیکهای مصاحبه ، مشاهده و بررسی اطلاعات لازم تکمیل گردد.

مشخصات بیمار باید در بالای فرم باشد

قسمت اطلاعات پایه و تاریخچه سلامت : در این قسمت اطلاعات پایه و اساسی را پرستار ثبت می کند شامل :

نوع پذیرش ، نحوه ورود ، دلیل بستری ، شکایت اصلی بیمار ، منبع اطلاعات ، سابقه بیماری یا عمل جراحی ، سابقه بستری ورژیم غذایی ، سابقه مصرف دارو، سابقه و دلیل تزریق خون، علائم حیاتی بدو ورود، حساسیت های دارویی و غذایی بیمار ، ساعت پذیرش بیمار در پایان فرم که حتماً تکمیل شود ، الگوی دفع ، اعضاء مصنوعی ، توانایی و آمادگی لازم جهت آموزش را بیمار دارد یا خیر ثبت گردد.

احتمال سقوط بیمار طبق جدول ارسالی بررسی و ثبت شود.

وضعیت ارتباطی بیمار با توجه به بررسی مشکلات شنوایی، بینایی و زبان بیمار ثبت شود.

توانایی مشارکت بیمار در برنامه های خود مراقبتی نیز بررسی و ثبت شود . اینکه بیمار به تنهایی قادر به انجام کارهای خود می باشد یا نه نیز ثبت شود.

وضعیت هوشیاری بیمار را طبق دستورالعمل ابلاغی ارزیابی وضعیت هوشیاری تکمیل نمائید.

اینکه بیمار گروه پرخطر هست یا نه طبق توضیحات پایین فرم اقدام به تکمیل نمائید.

ارزیابی مددکاری :سیستم های حمایتی بیمار (همسر ، پدر ، مادر ، برادر ، بیمه و...)مورد سوال هستند که ممکن چند مورد از آنها را داشته باشد و در صورت داشتن بیمه نوع بیمه آن مشخص گردد .نگرانی های بیمار در طول بستری نیز تعیین گردد .چنانچه بیمار سرپرست خانوار ، ساکن بهزیستی یا زندانی است مشخص گردد و درخواست مددکار شود.

ارزیابی درد طبق جدول مقیاس درد ، میزان درد بیمار، محل درد ، نوع درد (مداوم یا متناوب) و علائم همراه با درد مثل تهوع ، استفراغ و... ثبت گردد.

ارزیابی سیستم های بدن طبق آیتم های فرم ارزیابی اولیه بررسی و ثبت شوند(مغز و اعصاب ، قلب و عروق ، ریه ، دستگاه گوارش ، ادراری تناسلی ،دهان و دندان) .

حتماً پوست بیماران به طور کامل از نظر حرارت ، تورگور مناسب ، وجود قرمزی ، تورم و یا زخم یا زخم بستر ،و داشتن پانسمان و وضعیت زخم بررسی گردد و در بیماران استراحت مطلق در هر شیفت پوست ارزیابی گردد.

بررسی و ثبت شود. (وجود اختلالات

بیمار از نظر حرکتی طبق آیتم ها

حسی / حرکتی ، استفاده بیمار از ویلچیر ، عصا و یا داشتن محدودیت حرکتی)

ارزیابی اولیه تغذیه ای بیمار نیز که در فرم گنجانده شده است به طور کامل بررسی و ثبت شود (طرز محاسبه نمایه توده بدنی بیمار در پایین فرم می باشد). در صورتیکه نمایه توده بدنی بیمار کمتر از ۲۰٫۵ بود و یا طی سه ماه گذشته کاهش وزن داشته مشاوره تغذیه برای بیمار درخواست شود.

ارزیابی بیمار از نظر اعصاب و روان طبق آیتم های فرم (پرخاشگری ، بی قراری ، اضطراب و ...) بررسی گردد در ضمن جدول ارزیابی معیارهای خودکشی که ابلاغ گردیده مد نظر قرار گرفته و ثبت گردد.

ارزیابی بیمار از نظر ارتقاء سلامت (فشارخون ، دیابت و مصرف دخانیات) انجام شود و در صورت وجود هر یک از موارد مذکور به پزشک معالج اطلاع داده و در زمان بستری بیمار توسط مسئول تغذیه مشاوره گردد و در زمان ترخیص نیز طبق فرم ارجاع موجود در بخش بیماران جهت پیگیری به مراکز بهداشت ارجاع داده شوند.

تشخیص های پرستاری طبق تشخیص های پرستاری اختصاصی هر بخش که اعلام گردیده و با بررسی های انجام شده برای بیمار گذاشته آید به همراه طرح مراقبت پرستاری در فرم نوشته و کلیه اقداماتی که بر اساس تشخیص های پرستاری انجام داده آید در گزارش پرستاری ثبت نمایند.

مدیر پرستاری بیمارستان مرادی

طیبه سروی