

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
معاونت پرستاری
دفتر ارتقاء سلامت و خدمات بالینی و پرستاری
گروه توسعه خدمات پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه روان کودک و نوجوان

پاییز ۹۶

آدرس: تهران شهرک قدس - بلوار فرحزادی، ایوانک شرقی - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بلوک A طبقه ششم معاونت پرستاری

تهیه و تدوین

زهره کوهی رستمکلائی، رییس گروه توسعه خدمات پرستاری معاونت پرستاری
خورشید و سکویی اشکوری، مدیر پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران
سیده فاطمه میرباغ، کارشناس امور پرستاری معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر پریسا ترابی، مسوول گروه تغذیه بالینی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

با همکاری

دکتر محمد اسماعیل کاملی، اکرم واحدی برزکی، کارشناس گروه مدیریت آمار و برنامه های امور درمان ، فرناز مستوفیان ، کارشناس
هماهنگ کننده برنامه های ایمنی بیمار دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، مریم ذبیحی پور سعادت، رییس اداره مددکاری
دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، دکتر پریسا دولتشاهی، کارشناس دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان، سمیه هداوند
میرزایی، کارشناس امور پرستاری معاونت پرستاری، صبحه فولادیان سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی شهید زارع علوم پزشکی
مازندران، فریبا خیبری کارشناس امور پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران، محمد حسین غلامعلی تبار، سرپرستار مرکز آموزشی درمانی شهید
زارع علوم پزشکی مازندران، فاطمه تیموری، مدیر پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین، نرگس مسعودی، کارشناس امور پرستاری دانشگاه علوم
پزشکی مازندران، مهشید السادات حسینی، کارشناس امور پرستاری معاونت پرستاری ، فریبا رسان نژاد، کارشناس مسوول مدیریت پرستاری
دانشگاه علوم پزشکی البرز، فرشته شهرکی کارشناس امور پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، علی کریمی سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی
درمانی شریعتی دانشگاه علوم پزشکی تهران

زیر نظر:

دکتر مریم حضرتی معاون پرستاری

احمد نجatian مدیر کل دفتر ارتقاء سلامت و خدمات بالینی و پرستاری

دکتر علی دادگری مدیر کل دفتر توانمند سازی ارتقاء و بهره وری سرمایه های انسانی

کلیات

سلامت دوران کودکی در زندگی هر فرد از اهمیت بالایی برخوردار است زیرا، روند رشد و تکامل در این دوران مبنای رشد جسمانی و روانی فرد در بزرگسالی است.

کودکان نه تنها بزرگسالان کوچک نیستند بلکه از نظر فیزیولوژیک تفاوت معناداری با افراد بزرگسال دارند کودکان به علت شرایط بدنی ویژه (آناتومی و فیزیولوژی متفاوت) و تکامل ابتدایی سیستم های مختلف نسبت به بیماری ها و عوامل محیطی آسیب پذیری بیشتری نشان می دهند. بنابراین ضرورت استفاده از ابزارهای دقیق و منطبق بر استانداردها در ارزیابی های اولیه کودکان توسط متخصص تیم سلامت بخصوص پرستاران، بدلیل اهمیت نقش ویژه آنها در تشخیص به موقع مشکلات بر کسی پوشیده نیست. چرا که این ارزیابی میتواند نقش موثری در تشخیص زود هنگام مشکلات کودکان و در نهایت کاهش بار بیماری ها، اثربخشی روند درمان و کاهش عوارض ناشی از درمان دیررس داشته باشد. و چارچوبی برای تعیین و شناسایی نیازها و مشکلات بالینی بیمار به منظور برنامه ریزی مراقبت جامع و موثر تعیین میکند.

هدف کلی: هدف از این راهنما اطمینان از انجام صحیح و به موقع ارزیابی اولیه کودکان و در نهایت دریافت مراقبت با کیفیت در بخش های کودکان می باشد. می باشد.

اهداف اختصاصی:

- ✓ ارزیابی سلامت کودک در کلیه ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی
- ✓ یکپارچه سازی فرم ها و ابزارهای ارزیابی تغذیه ای، زخم فشاری و سقوط در یک فرم

اصول کلی ثبت در فرم ارزیابی اولیه بیمار

۱. ارزیابی اولیه باید برای تمامی کودکان و نوجوانان بخش های بستری روان انجام شود.
۲. بنا بر استانداردهای اعتباربخشی محدوده سنی کودک ۱ ماهگی تا ۱۵ سال تمام می باشد. اما با توجه به اینکه این محدوده ممکن است در بیمارستانها و مراکز درمانی کمی متفاوت باشد لذا تعیین این محدوده جهت تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری کودک به عهده بیمارستان / مراکز درمانی می باشد.
۳. در بخش اورژانس ملاک ارزیابی بیمار تریاژ است لذا نیاز به ارزیابی جامع پرستاری و تکمیل فرم ارزیابی اولیه نخواهد بود و در صورت انتقال بیمار از اورژانس به بخش باید در اولین بخش بستری ارزیابی اولیه انجام شود.
- ***تبصره:** فقط در صورتی که بیماری به علت خالی نبودن تخت و عدم تعیین تکلیف در بخش اورژانس بستری گردد انجام ارزیابی اولیه بیمار و تکمیل فرم آن در اورژانس ضروری است. و در اینصورت پس از انتقال به بخش بستری دیگر نیازی به ارزیابی نیست.
۴. فرم ارزیابی از طریق مصاحبه با والدین، خانواده/ همراهان کودک، مشاهده و بررسی علائم و نشانه های بیمار توسط پرستار تکمیل می گردد. در صورتی که به هر علتی امکان کسب اطلاعات از والدین کودک (فوت، جسمی، روحی و روانی)، مصاحبه با نزدیکترین فرد به کودک که دارای بیشترین و دقیقترین اطلاعات در خصوص وضعیت به او می باشد انجام می شود.
۵. برای شروع درمان صحیح و سریع ایده ال است که ارزیابی اولیه بلافاصله بدو ورود بیمار به بخش انجام شود. اما با توجه به تفاوت در شرایط درمانی و مراقبتی مورد نیاز بیماران می تواند تا انتهای همان نوبت کاری انجام شود.

***تبصره:** در موارد خاص از قبیل بدحالی بیمار، بستری بیمار در ساعتهای پایانی نوبت کاری و زمان تحویل نوبت کاری، انجام ارزیابی اولیه می تواند حداکثر تا نوبت کاری بعد انجام یابد.

۶. نتایج حاصل از ارزیابی اولیه بیمار بایستی در فرم ارزیابی اولیه بیمار ثبت گردد.

۷. ارزیابی اولیه فقط یکبار در طول بستری بیمار انجام می شود در صورت انتقال بیمار از یک بخش بستری به بخش بستری دیگر نیاز به ارزیابی اولیه بیمار نیست اما ضروری است در بخش جدید در تنظیم برنامه مراقبتی بیمار موارد مندرج در فرم ارزیابی اولیه مد نظر قرار گیرد.

***تبصره:** در صورت انتقال بیمار به بخش غیر روان ضروری است ارزیابی بر اساس فرم ارزیابی اولیه پرستاری کودک و نوجوان در بخش روان نیز انجام شود.

جهت تکمیل فرم ارزیابی :

- قبل از انجام ارزیابی از راحتی محیط ارزیابی و تامین خلوت بیمار /والدین/ خانواده/ همراهان کودک اطمینان حاصل نمایید.(اتاق استراحت یا اتاق بیمار خالی)
- ابتدا خود را به بیمار و والدین معرفی (ذکر نام، سمت و نقش در مراقبت از کودک) کنید. برای حفظ ادب و احترام شایسته است نام و نسبت تمامی اعضای خانواده حاضر در مصاحبه را نیز بپرسید.
- هدف از مصاحبه و ارزیابی را به والدین توضیح داده و اهمیت ارزیابی پرستاری را برای والدین /همراه بیمار توضیح دهید.
- از سوالات باز برای ارزیابی و بررسی بیمار استفاده کنید.
- سوالات را جدا جدا پرسیده و از طرح چند سوال همزمان خودداری فرمایید.
- کودک را در مصاحبه با طرح سوالات مناسب سن و دوره تکاملی مشارکت دهید.
- در پاسخ به سوالات کودک صادق باشید. کودکان نیاز دارند که یاد بگیرند به پرستار خود اعتماد کنند.
- بر اولویتهای بیان شده و موضوعات مهم والدین توجه داشته باشید (مثل سوال مکرر والدین در خصوص هزینه های درمانی و..)
- به منظور صرفه جویی در زمان و پیشگیری از کسب اطلاعات تکراری و ارزیابی جامع از بیمار ضروری است پرستار علاوه بر ارزیابی اولیه پرستاری برگ پذیرش، خلاصه ترخیص و برگ شرح حال و معاینه بدنی را نیز مطالعه نماید.

نکات ضروری تکمیل بخش های مختلف فرم

۱- بخش اطلاعات پایه:

این بخش حاوی اطلاعات زمینه ای و دموگرافیک بیمار است. که از طریق مصاحبه با بیمار یا همراه و مشاهده و بررسی پرستار تکمیل خواهد شد.

- ساعت ورود به بخش: به طور دقیق و با فرمت دیجیتال از صفر(۰۰:۰۰) تا ۲۳:۵۹ درج شود.
- ساعت شروع ارزیابی : منظور ساعتی است که پرستار ارزیابی اولیه را آغاز می کند که ضروری است به طور دقیق و با فرمت دیجیتال از صفر(۰۰:۰۰) تا ۲۳:۵۹ درج شود.
- علائم حیاتی بدو ورود: علائم حیاتی بدورود بیمار با دقت و توجه به ملاحظات مربوط به اطفال (نحوه اندازه گیری و رنج نرمال علائم حیاتی این گروه سنی) کنترل و درج گردد.

- T: درجه حرارت
- RR: تعداد تنفس در دقیقه
- PR: تعداد نبض در دقیقه
- BP: میزان فشار خون

- نحوه ورود بیمار: نحوه ورود بیمار به بخش را بر مبنای پای خود، صندلی چرخدار، برانکارد، در آغوش و سایر روش های ورود مشخص نمایید
- منبع اطلاعات و سرپرست قانونی کودک: بر اساس موارد ذکر شده درج گردد..
- لوله و اتصالات بیمار: منظور از لوله و اتصالات مواردی از قبیل IV، استومی، لوله تراشه، گچ، بخیه، شانت، آتل، پانسمان، تراکشن، پیس میکر، چست تیوب، سوند ادراری، سوند معده، تراکئوستومی، کاتتر شالدون، cvline، و... می باشد که در این بخش از ارزیابی بیمار از نظر داشتن هر نوع از اتصالات بررسی و در صورت داشتن هر یک از آنها، نام و محل تعبیه آن را در فرم درج نمایید.

۲- بخش وضعیت ارتباطی

- سطح هوشیاری سطح هوشیاری بیمار را بر اساس موارد هوشیار، خواب آلوده، گیج و بدون پاسخ انتخاب نمایید.
- توضیحات مربوط به علت عدم همکاری: اشاره به دلایلی همچون عدم بلوغ، وجود موانع ارتباطی مثل زبان، وضعیت خلقی و عاطفی بیمار و.. می باشد.
- زبان: منظور از زبان زبانی است که بیمار با آن صحبت می کند. در صورتی که بیمار قادر به صحبت به زبان فارسی و یا زبان رایج منطقه نباشد و جهت ارتباط با کادر درمان نیاز به مترجم داشته باشد، نیاز بیمار به ترجمه را درج نمایید.
- ارتباط چشمی: حین مصاحبه و مشاهده رفتار ظاهری بیمار به برقراری تماس چشمی بیمار با خود توجه نموده و برقراری و عدم برقراری ارتباط چشمی را تعیین نمایید.
- تکلم: خصوصیات تکلم بیمار را بر حسب تن صدا، سرعت، میزان و اختلال تکلم بررسی و نتایج حاصل شده را در قسمت مربوطه علامت بزنید.
 - ۱- منظور از فشار تکلم، تکلم سریع و پر فشار بوده که طی آن حجم کلمات افزایش می یابد
 - ۲- در فقر کلام فرد خیلی مختصر صحبت می کند و تنها کلمات تک سیلابی را به کار می گیرد.
 - ۳- اختلال تکلم بیمار را بر اساس موارد زیر بررسی و تعیین نمایید.
- ✓ لکنت زبان (stuttering): تکرار مکرر یا کشیدن یک صوت یا سیلاب که موجب اختلال شدید در فصاحت تکلم می شود.
- ✓ دیسفونی: اشکال در صحبت کردن یا درد هنگام تکلم
- ✓ سایر ...

* موارد مربوط به زبان و تکلم با توجه به سن تکاملی کودک مورد ارزیابی قرار می گیرد و در صورت نرسیدن کودک به سن تکلم نیاز به ارزیابی ندارد.

۲ وضعیت عمومی

- ظاهر کلی: ظاهر کلی با مشاهده وضعیت بدن، حالت اندام ها، لباس ها و آرایش موها و ناخن بررسی می شود.

- تناسب ظاهر کلی با سن تقویمی، وجود زخم، آثار جراحات، شپش، گال و وضعیت روانی حرکتی بیمار نیز در این بخش مورد ارزیابی قرار گرفته و درج میگردد.

ارزیابی وضعیت خلقی ادراکی

خلق (mood): هیجانی نافذ و مستمر که به طور ذهنی احساس و از سوی بیمار گزارش و توسط دیگران مشاهده می شود. در بررسی این بعد توجه داشته باشید که بیمار احساسات خود را چگونه بیان می کند و نتیجه را بر اساس موارد زیر تعیین نمایید

- طبیعی
- افسرده
- تحریک پذیر: حالتی که در آن شخص زود ناراحت شده و به خشم می آید
- پرخاشگر
- سرخوشی
- نوسان خلق: خلق بی ثبات؛ نوسانات هیجانی سریع بین خوشحالی و ناراحتی

عاطفه (affect): پاسخ دهی هیجانی فعلی بیمار است که از روی حالت چهره بیمار و از جمله میزان و حدود رفتار بیانی او استنباط می شود. عاطفه بیمار را بر اساس موارد زیر تعیین نمایید.

- عاطفه متناسب: هیجانی که با خلق و یا فکر هماهنگ است.
- عاطفه نامتناسب: عدم هماهنگی بین حال و هوای احساس هیجانی و عقیده، تفکر یا تکلم همراه آن.
- عاطفه کند (blunted): اختلالی در عاطفه که با کاهش چشمگیر در شدت احساس ابراز شده مشخص می شود.
- عاطفه محدود (restricted): کاهش مشخص شدت حال و هوای احساسی به درجاتی کمتر از عاطفه کند.
- عاطفه سطحی (flat): فقدان کامل یا تقریبی هر گونه علامت ابراز عاطفی، صدا یکنواخت، چهره بی حرکت.
- عاطفه بی ثبات: تغییر سریع و ناگهانی احساس هیجانی، بدون ارتباط با محرک های خارجی.
- عاطفه بی تفاوت: خونسردی نامتناسب یا فقدان نگرانی در مورد ناتوانی خود

هذیان: باور و عقیده ای است غیر واقعی، غیر قابل رد کردن، غیر منطبق بر فرهنگ و زمینه هوشی بیمار که با استدلال هم اصلاح نمی شود... در صورت وجود هذیان در بیمار نوع آن را بر اساس موارد زیر تعیین نمایید

- ✓ هذیان نیست گرایی: (nihilistic) عقیده نادرستی مبنی بر اینکه خود شخص، دیگران یا جهان وجود ندارد یا رو به فنا است.
 - ✓ هذیان فقر: (poverty) اعتقاد باطلی مبنی بر اینکه شخص از هست و نیست ساقط خواهد شد.
 - ✓ هذیان جسمی: اعتقاد اشتباه در مورد کارکرد بدنی شخص؛ مثل باور به ذوب شدن مغز.
 - ✓ هذیان های پارانوئید: شامل هذیان های گزند و آسیب و هذیان های انتساب، کنترل و خود بزرگ بینی.
۱. هذیان های گزند و آسیب: (persecution) عقیده اشتباه به معنی اینکه در مورد شخص تقلب، آزار و ظلم و ستم روا داشته می شود.
۲. هذیان خود بزرگ بینی: (grandeur) تصور مبالغه آمیز فرد از اهمیت، هویت و قدرت خویش

۳. هذیان انتساب به خود: (delution of reference) عقیده باطل فرد مبنی بر اینکه رفتار دیگران به شخص او مربوط است یا اینکه دیگران حتی رادیو در مورد او صحبت می کنند.
 ۴. خود مقصر بینی: (self-accusation) احساس غلط پشیمانی و گناه
 - ✓ هذیان کنترل: احساس باطل مبتنی بر اینکه اراده، افکار یا احساسات شخص تحت کنترل نیروهای خارجی است. شامل:
 ۱. ربایش فکر: (thought withdrawal) هذیان بیرون کشیدن افکار شخص توسط دیگران یا نیروهای دیگر
 ۲. کاشتن فکر: (thought insertion) هذیان مبنی بر اینکه افراد یا نیروهای دیگر افکاری را در مغز شخص تزریق می کنند.
 ۳. انتشار افکار: (thought broadcasting) در این هذیان شخص معتقد است که افکارش را در دیگران می شنوند.
 ۴. کنترل افکار: شخص معتقد است که افراد یا نیرویی افکارش را کنترل می کنند.
 - ✓ هذیان بی وفایی (حسادت هذیانی): اعتقاد باطل مشتق از حسادت بیمار گونه در مورد خیانت معشوق.
 - ✓ دروغ پردازی خیالی: (pseudo log ia fantastica) نوعی دروغگویی که در آن به نظر می رسد شخص به واقعیت خیالات خود اعتقاد دارد
- ایلوژن: منظور از ایلوژن درک نادرست محرک خارجی توسط بیمار است. به طور مثال بیمار ریسمان را به شکل مار می بیند. اطلاعات مرتبط با وجود ایلوژن را می توان یا مشاهده در جریان مصاحبه کلی کسب کرد.
- توهم: ادراکات حسی که در دستگاه اعصاب مرکزی ایجاد می شوند و محرک خارجی برای آن وجود ندارد. توهمات ممکن است در هریک از دستگاه های حسی وجود داشته باشند و نوع دستگاه حسی ارزش تشخیصی ندارد. در صورت وجود توهم در بیمار نوع آن را مشخص نمایید.
- اختلال در موقعیت سنجی^۱: در این بخش ضمن مصاحبه با بیمار شناسایی و وقوف بیمار به زمان، مکان و شخص را مورد ارزیابی قرار داده و در صورت وجود اختلال در هر یک گزینه مورد نظر را انتخاب نمایید.
- ✓ موقعیت یابی در مورد شخص: آیا بیمار می داند چه کسی است؟ آیا می داند مصاحبه کننده چه کسی است؟ و نام و نقش افرادی که با آنها در تماس است را می داند.
- ✓ وقوف به زمان: آیا بیمار می داند روز مصاحبه چه روزی است؟ آیا بیمار می تواند زمان و تاریخ تقریبی مصاحبه را حدس بزند؟
- ✓ وقوف به مکان: آیا بیمار می داند در حال حاضر در چه مکانی است؟
- تمرکز: توانایی متمرکز شدن و حفظ توجه می باشد با آزمونهای متوالی و یا محاسبات ساده ریاضی ارزیابی می شود
- اختلال حافظه: در این قسمت وضعیت سطوح مختلف حافظه بیمار بررسی و در صورت وجود اختلال در هر سطح در قسمت مربوطه علامت زده می شود. سطوح حافظه:
- ۱-فوری: به خاطر آوردن مطالب دریافتی در عرض چند ثانیه تا چند دقیقه :
 - ۲-نزدیک: به خاطر آوردن وقایع چند روز تا چند ماه اخیر
 - ۳-دور: به خاطر آوردن وقایع گذشته دور

¹ orientation

بینش: ظرفیت تشخیص و فهم بیمار از علایم بیماری خود، بینش بر آگاهی بیماران یا به طور دقیقتر ناآگاهی آنها از ویژگیهای مختلف بیماری است برای مثال تشخیص بیماران از اینکه از یک بیماری روانی رنج میبرند، نشانه‌هایشان مرضی و بیمارگونه است، آیا نیاز به درمان دارند و ... در این بخش بینش بیمار به بیماری خود را ارزیابی نمایید.

سطوح بینش در بیماران روانی:

سطح ۱: انکار کامل بیماری

سطح ۲: آگاهی مختصر از بیمار بودن، اما انکار همزمان آن

سطح ۳: بیمار اعتقاد دارد که بیمار است اما نمی داند که علت بیماری او چیست و از کجا آمده است.

سطح ۴: آگاهی از بیمار بودن اما بیماری خود را به عوامل خارجی و محیطی نسبت دادن

سطح ۵: بینش عقلانی؛ بیمار قبول دارد که بیمار است و بیماری او ناشی از مجموعه ای از عوامل درونی و بیرونی است؛ ولی

دستورات دارویی را رعایت نمی کنند.

سطح ۶: بینش واقعی، بیمار هم بیماری خود را قبول دارد و بر این باور است که بیماری او ناشی از مجموعه ای از عوامل درونی و

بیرونی است و هم درمان را به طور کامل جدی می گیرد.

* در ارزیابی وضعیت خلقی ادراکی کودک و نوجوان در صورت غیر قابل ارزیابی بودن موارد به دلایلی چون مرحله تکاملی و ... آیتم

غیر قابل ارزیابی انتخاب گردد. بدیهی است در بررسی این بخش پاسخ های دریافتی از کودک با توجه به سن و بلوغ مورد انتظار

مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت.

۳ ارزیابی خطر آسیب به خود و دیگران

در این بخش سوابق بیمار در خصوص آسیب به خود، آسیب به دیگران، سابقه اقدام به خودکشی و روش انجام خودکشی های قبلی بررسی و نتیجه آن ثبت می شود.

همچنین در این محور بیمار از نظر وجود افکار خودکشی و نیاز به مهار فیزیکی و شیمیایی مورد بررسی قرار گرفته و در صورت احساس نیاز به پزشک معالج بیمار جهت اخذ تصمیم در این خصوص اطلاع داده می شود.

۴ بخش تاریخچه سلامت و بیماری:

این محور بوسیله مصاحبه با بیمار / خانواده او تکمیل میشود.

شکایت اصلی (علت مراجعه بیمار): منظور از شکایت اصلی بیان مشکل و علت مراجعه بیمار به پزشک از زبان خود بیمار یا همراه او می باشد

که جهت تکمیل این بند ضروری است عین عبارت بیمار یا همراه وی درج گردد.

دانستن شکایت اصلی بیمار از این جهت مهم است که بیمار در فرایند ارزیابی شکایت های متعددی را بیان می کند که ممکن است ارتباطی به بیماری فعلی او نداشته باشند و موجب انحراف در مسیر تشخیص، درمان و مراقبت او گردد. به همین دلیل ثبت و اهمیت دادن به شکایت اصلی بیمار نقش مهمی در تشخیص بیماری و پیش بینی نیازهای درمانی مراقبتی بیمار پیدا می کند.

علت بستری: اشاره به تشخیص اولیه پزشک معالج دارد و در مواردی هم انجام اقدام خاصی مورد نظر است مانند انجام بیوپسی

سابقه بستری شدن در بیمارستان: در این قسمت سابقه هر نوع بستری بیمار در بیمارستان بوسیله مصاحبه با بیمار/ خانواده او تکمیل می شود. در صورت وجود سابقه بستری، علت و تاریخ آخرین بستری بیمار درج گردد.

سابقه بیماری: در این بخش سابقه بیماریهای جسمی روان و اختلال مادر زادی که بیمار قبلا یا در حال حاضر به آن مبتلا بوده یا می باشد، را بررسی و ذکر نمایید .

سابقه بیماری در خانواده: سابقه هر نوع بیماری جسمی و روانی در اعضای درجه یک خانواده مورد بررسی قرار گرفته و در صورت مثبت بودن پاسخ نوع بیماری درج گردد.

وضعیت واکسیناسیون: وضعیت واکسیناسیون کودک را بر اساس کارت واکسیناسیون کودک بررسی و کامل یا ناکامل بودن آن را در قسمت مربوطه ذکر نمایید

عادات و عوامل خطر: عادات و ریسک فاکتورهای مورد اشاره در فرم در صورت مثبت بودن در بیمار علامت زده شود.

خواب و استراحت: در این بخش ۲ موضوع میزان خواب و مشکلات خواب بررسی می شود. در صورت وجود مشکلات خواب (آپنه خواب، بی خوابی، خروپف، سندرم پاهای بی قرار در خواب، راه رفتن هنگام خواب، صحبت کردن در خواب، کابوس ها و وحشت های شبانه و...) نوع آن ذکر شود.

۵ بخش حساسیتها:

۱. در این بخش سابقه هر نوع حساسیت ائم از دارویی، غذایی و محیطی را بررسی و در صورت مثبت بودن هر یک از آنها نوع واکنش از قبیل، خارش، التهاب، سوزش، تنگی نفس، کهیر و... را ذکر نمایید .

۲. در صورت وجود سابقه حساسیت شناخته شده به آنتی بیوتیک دستبند قرمز برای بیمار استفاده نمایید و توجه داشته باشید سابقه حساسیت روی دستبند قید نشود.

۶ ارزیابی سیستم ها

در این بخش سیستم ها بر اساس مصاحبه با بیمار و خانواده، مشاهده و معاینه پرستار مورد ارزیابی قرار گرفته و در صورت وجود مشکل در هر سیستم مقابل گزینه مورد نظر علامت زده و مشکل را نام برده یا توضیح دهید.

۷ بخش ارزیابی سوابق دارویی

به منظور مدیریت مصرف صحیح و ایمن داروها ضروری است داروهای مصرفی قبل از بستری بیمار شناسایی شده تا با داروهای تجویز شده هنگام بستری از جهت ناهمخوانی و تداخل اثرات مورد مقایسه و ارزیابی قرار گیرد.

در این قسمت از ارزیابی لازم است داروهایی که بیمار از قبل از زمان بستری در حال مصرف آن می باشد مشخص و در جدول مربوطه درج گردد.

۸ بخش محدودیت و توانایی ها:

این بخش از فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار بوسیله مصاحبه با بیمار /خانواده و مشاهده و بررسی بیمار تکمیل می گردد. توجه داشته باشید توانایی و محدودیت بر اساس سن و دوره تکاملی ارزیابی گردد.

- محدودیت ها:
- محدودیت شنوایی به صورت بلی یا خیر ذکر نوع آن به صورت کم شنوایی یا ناشنوایی و در صورت جواب بله ذکر گوش راست یا چپ و یا هر دو گوش
- داشتن محدودیت بینایی به صورت بلی یا خیر و ذکر نوع آن به صورت نابینایی، کم بینایی، و در صورت جواب بله ذکر چشم راست یا چپ و یا هر دو چشم
- * ذکر آیتم غیر قابل ارزیابی برای مواردی است که از نظر تکاملی و رده سنی ارزیابی این محدودیتها ممکن نباشد.
- وسایل کمکی و پروتزها: در صورت استفاده بیمار از هریک از وسایل کمکی و پروتزهای ذکر شده مقابل آن علامت زده شود.
- انجام فعالیت روزانه زندگی: توانایی غذا خوردن، لباس پوشیدن، حمام کردن، دستشویی رفتن و وضعیت تحرک و جابجایی کودک را با توجه به سن تقویمی و بر اساس موارد مندرج انتخاب نمایید..

۳- ارزیابی تغذیه ای

ارزیابی تغذیه ای ابزاری مفید و موثر در شناسایی سریع کودکان و نوجوانان بیماری است که از نظر تغذیه ای نیاز به ارزیابی عمیق تر، مداخلات دقیق تر و برنامه های مراقبتی پرستاری بیشتری دارند. بویژه اینکه کودکان از آسیب پذیر ترین گروه های جمعیتی بوده و با تغییر تغذیه آنان در زمان بستری، بسرعت با کاهش وزن مواجه شده و به سمت سوء تغذیه پیش می روند.

با توجه به اینکه عوامل مختلفی از جمله ابتلاء به بیماری، مصرف داروها در طول زمان بستری، تداخلات احتمالی غذا با داروها، محیط بیمارستان و ... از جمله علل بی اشتها و مصرف ناکافی غذا و در نهایت افزایش خطر سوء تغذیه در کودکان بستری می باشد، لازم است این بیماران در همان ابتدای پذیرش در بخش، تحت ارزیابی قرار گرفته و مراقبت تغذیه ای لازم را دریافت نمایند.

این بخش ویژه کودکان و نوجوانان (یک ماه تا پایان ۱۸ سالگی یا ۱۸ سال تمام) می باشد. ارزیابی سوء تغذیه یا ارزیابی اولیه تغذیه کودکان بیمار، در بدو بستری توسط پرستار بخش صورت می گیرد. با انجام ارزیابی تغذیه ای، پرستار در جریان شرایط کودک از نظر شاخص های تغذیه ای قرار گرفته و با اطلاع از اینکه کودک در معرض سوء تغذیه قرار دارد، نظارت ویژه ای بر تغذیه این بیماران خواهد داشت. آشنایی با شرایط تغذیه ای بیمار منجر به شناسایی این بیماران، معرفی به پزشک و ارجاع آنان به کارشناس تغذیه جهت پیشگیری از ایجاد یا پیشرفت سوء تغذیه می شود. حمایت تغذیه ای از کودکان و نوجوانان بیمار بستری، موجب کاهش مدت ماندگاری بیمار در بیمارستان، کاهش هزینه های بیمارستانی و کاهش مرگ و میر بیماران خواهد شد. با توجه به اهمیت سوء تغذیه و عوارض ناشی از آن، شناسایی کودکان مبتلا یا در معرض خطر در مراحل اولیه پذیرش و بستری در بیمارستان، می تواند منتهی به پیامدهای مثبت و پیشگیری از وخامت وضعیت بیماری کودک و نجات جان او گردد.

برای ارزیابی کلیه کودکان و نوجوانان از منحنی های رشد به تفکیک سن و جنس استفاده می شود. برای سن زیر ۶۰ ماه از منحنی های وزن برای قد (منحنی های سازمان بهداشت جهانی) استفاده می شود. این منحنی ها به تفکیک دختر و پسر در انتهای این بخش درج شده است. لازم به ذکر است، برای سن ۲ تا ۵ سال، از معیار نمایه توده بدنی نیز استفاده می شود که در این دستورالعمل برای رسیدن به نتایج همگون و یکسان در ارزیابی ها، هماهنگ با برنامه کشوری کودک سالم در بخش بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای این گروه سنی، از منحنی وزن برای قد استفاده

می شود. در کودکان مبتلا به سندرم داون، فلج مغزی و شیرخوارانی که زودتر از ۳۷ هفته متولد شده اند، باید از منحنی های ویژه استفاده شود (منحنی های پایانی این بخش)

راهنمای تکمیل بخش ارزیابی تغذیه ای کودک / نوجوان بیمار:

لازم است در کلیه بخش های بستری کودکان، ترازو و قدسنج ویژه کودکان کالیبره شده با وزن شاهد استاندارد (وزنه های ۵۰۰ و ۲۰۰۰ گرمی) در ایستگاه پرستاری موجود بوده و شاخص های وزن و قد در بدو بستری اندازه گیری شده و در محل مربوطه در فرم درج گردد.

نحوه اندازه گیری وزن و قد کودک یا نوجوان و سایر پارامترها

- **وزن (کیلوگرم):** وزن کودک یا نوجوان در هنگام پذیرش اندازه گیری و بر حسب کیلوگرم ثبت شود.
 - ✓ وزن کودکان زیر ۲ سال با کمترین لباس و با ترازوی مخصوص کودکان (ترازوی کفه ای) انجام شود.
 - ✓ اندازه گیری وزن کودکان بزرگتر از ۲ سال با ترازوی portable (پرتابل) و یا ترازوی شاهین دار انجام می شود که باید بر روی سطح صاف گذاشته شود و کودک بدون کفش به حالت ایستاده روی ترازو قرار گیرد
- **قد (سانتیمتر):** قد کودک یا نوجوان در هنگام پذیرش اندازه گیری و بر حسب سانتیمتر ثبت شود.
 - ✓ بسته به سن و توانایی کودک در ایستادن، قد خوابیده (Length) یا قد ایستاده ی (Height) کودک را اندازه گیری کنید.
 - ✓ اگر کودک کمتر از ۲ سال دارد، قد خوابیده و اگر ۲ سال یا بیشتر دارد و قادر به ایستادن است قد ایستاده اش را اندازه بگیرید.
 - ✓ قد ایستاده، حدود ۰/۷ سانتی متر کمتر از قد خوابیده است. اگر کودک کمتر از ۲ سال، برای اندازه گیری قد خوابیده، دراز نمی کشد، قد ایستاده ی او را اندازه گرفته و ۰/۷ سانتی متر به آن اضافه کنید تا قد خوابیده به دست آید و اگر کودک ۲ ساله یا بزرگتر نتوانست بایستد، قد خوابیده ی او را اندازه گیری نموده و برای تبدیل آن به قد ایستاده، ۰/۷ سانتیمتر از آن کم کنید.
 - ✓ تخت قدسنج برای اندازه گیری قد خوابیده کودکان زیر ۲ سال به کار می رود. این وسیله، باید بر روی یک سطح صاف و محکم قرار گیرد.
 - ✓ قدسنج برای اندازه گیری قد ایستاده به کار می رود و به طور عمودی روی دیوار ثابت شده و نصب می شود.
- **مکمل های مورد استفاده:**
 - ✓ در صورتی که کودک مولتی ویتامین یا قطره A&D مصرف می کند گزینه مربوطه علامت زده شود.
 - ✓ در صورتی که کودک مکمل آهن مصرف می کند گزینه مربوطه علامت زده شود.
 - ✓ در صورتی که کودک ترکیبی از مکمل مولی ویتامین یا A&D و مکمل آهن مصرف می کند هر دو گزینه علامت زده شود.
 - ✓ در صورت مصرف مکمل های دیگر، نام مکمل مورد استفاده در قسمت سایر مکمل ها درج گردد.

- **در سن زیر ۵ سال، زد اسکور وزن برای قد کودک (نمودار شماره ۱ و ۲):** طبق آخرین استانداردهای سازمان جهانی بهداشت، نمودار وزن برای قد برای سنجش رشد کودکان زیر ۵ سال استفاده می شود. با استفاده از نمودارهای مربوطه (نمودار شماره ۱ و ۲) به تفکیک دختر و پسر محاسبه و ثبت می گردد. به این ترتیب که عدد وزن کودک روی محور عمودی (Y) و عدد قد کودک روی محور افقی (X) تعیین و محل

تلاقی این دو عدد در محدوده منحنی ها تعیین می شود، و عدد بدست آمده در محل مربوطه ثبت شود. در صورتی که عدد زد اسکور (نقطه بدست آمده) کمتر از ۲- (پایین تر از محور نارنجی رنگ ۲-) باشد، بیمار سوء تغذیه داشته و باید خانه کمتر از ۲- علامت زده شود. در صورتی که عدد زد اسکور (نقطه بدست آمده) بیشتر از ۲+ (بالتر از محور قرمز رنگ ۲+) باشد، بیمار اضافه وزن داشته و باید خانه بیشتر از ۲+ علامت زده شود و در دو حالت بالا، پس از اطلاع به پزشک، بیمار به مشاور تغذیه ارجاع داده شود و اگر غیر از موارد فوق باشد، باید خانه هیچکدام علامت زده شود.

- **در سن بالای ۵ سال، زد اسکور نمایه توده بدنی (نمودار شماره ۳ و ۴):** طبق آخرین استانداردهای سازمان جهانی بهداشت، نمودار نمایه توده بدنی برای سنجش رشد کودکان ۵ سال و بالاتر استفاده می شود و با استفاده از منحنی های مربوطه (نمودار شماره ۳ و ۴): به تفکیک دختر و پسر محاسبه و ثبت می گردد. به این ترتیب که عدد BMI کودک روی محور عمودی (Y) و عدد سن کودک (بر حسب ماه) روی محور افقی (X) تعیین و محل تلاقی این دو عدد در محدوده منحنی ها تعیین می شود و عدد بدست آمده در محل مربوطه ثبت می شود. در صورتی که عدد زد اسکور (نقطه بدست آمده) کمتر از ۲- (پایین تر از محور نارنجی رنگ ۲-) باشد، بیمار لاغر است و باید خانه کمتر از ۲- علامت زده شود. در صورتی که عدد زد اسکور (نقطه بدست آمده) بیشتر از ۲+ (بالتر از محور قرمز رنگ ۲+) باشد، بیمار اضافه وزن داشته و باید خانه بیشتر از ۲+ علامت زده شود و در دو حالت بالا، پس از اطلاع به پزشک، بیمار به کارشناس تغذیه ارجاع داده شود و اگر غیر از موارد فوق باشد، باید خانه هیچکدام علامت زده شود.
- **کاهش وزن یا عدم افزایش وزن کودک طی ۳ ماه اخیر:** اگر کودک در ۳ ماه اخیر کاهش وزن داشته و یا وزن او ثابت مانده است باید خانه بله علامت زده شده و در غیر اینصورت خانه خیر علامت زده می شود.
- **بی اشتها (Lack of appetite) یا کاهش مصرف غذا در کودک:** بی اشتها یا آنورکسیا به از دست دادن اشتها یا کاهش دریافت گفته می شود. زمانی که بی اشتها همراه با از دست دادن وزن باشد منجر به کاشکسی می شود، در صورتی که کودک دچار بی اشتها شده و یا مصرف غذای او کاهش یافته باشد خانه بله علامت زده می شده و در غیر اینصورت خانه خیر علامت زده می شود.

راهنما:

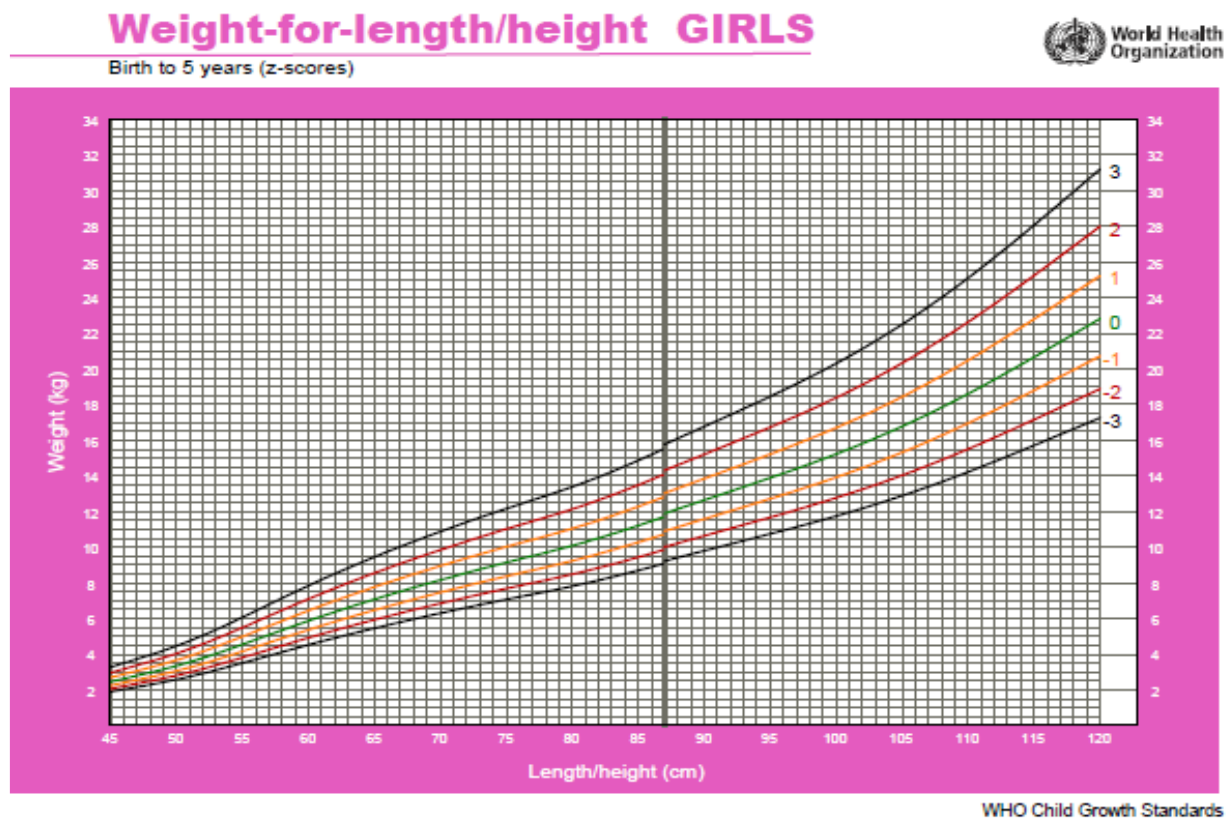
- ❖ در کودکان ۶-۱۰ ماهه، وزن گیری کمتر از ۵۰۰ گرم در ماه یا ۱۲۵ گرم در هفته به معنی دریافت کالری کم است.
- ❖ از پایان ۶ ماهگی تا پایان ۸ ماهگی شیرخوار نیاز به ۲ تا ۳ وعده غذایی و ۱ تا ۲ میان وعده مغذی دارد. حجم هر وعده غذایی بتدریج باید به نصف لیوان یا ۱۲۵ سی سی برسد.
- ❖ شیرخواران ۹ تا ۱۱ ماه نیاز به ۳ تا ۴ وعده غذایی و ۱ تا ۲ میان وعده مغذی دارد. حجم هر وعده غذایی نصف لیوان یا ۱۲۵ سی سی می باشد.
- ❖ کودکان ۱ تا ۲ سال نیاز به ۳ تا ۴ وعده غذایی و ۱ تا ۲ میان وعده مغذی دارند. حجم هر وعده غذایی سه چهارم لیوان می باشد.
- ❖ کودکان ۲ تا ۵ سال نیاز به ۳ تا ۴ وعده غذایی و ۱ تا ۲ میان وعده مغذی دارند. حجم هر وعده غذایی یک لیوان است.

- **رژیم غذایی خاص:** در صورتی که بنا به اظهار همراه بیمار و یا دستور پزشک، بیمار رژیم غذایی خاصی دارد، باید خانه بله علامت زده شود و لازم است نوع رژیم غذایی در محل مربوطه درج گردد.

- **ابتلا به یکی از بیماری های شناخته شده:** در صورتی که کودک با تشخیص یکی از موارد زیر بستری شده باشد خانه مربوطه علامت زده شود:
 - ✓ **سوء تغذیه:** در موارد زیر خانه مربوط به سوء تغذیه علامت بخورد:
 ۱. پزشک در برگه شرح حال، علت بستری را سوء تغذیه عنوان کرده باشد (بستری با تشخیص سوء تغذیه)
 ۲. زد اسکور کودک در هر رده سنی، کمتر از ۲- و بالاتر از ۲+ باشد (پاسخ بلی در پرسشنامه در محل مربوطه)
 - ✓ **سرطان:** ابتلا به سرطان شناخته شده با تشخیص پزشک و یا موارد تحت شیمی درمانی
 - ✓ **سوختگی:** موارد بستری در بخش بعثت سوختگی (در بخش ایزوله)
 - ✓ **بیماریهای کلیوی:** ابتلا به بیماری های کلیوی شناخته شده حاد و مزمن و یا تحت انواع دیالیز
 - ✓ **بیماری های غدد و متابولیک:** ابتلا به بیماری هایی مانند دیابت، فنیل کتونوری (PKU)، بیماری شربت افرا، تیروزینمی، گالاکتوزمی، بیماری های ذخیره گلیکوژن، دیس لیپیدمی، اختلال متابولیسم اسیدهای آلی، اختلال متابولیسم سیکل اوره، اختلال اکسیداسون اسید های چرب و ... است.
 - ✓ **بیماری های گوارشی و کبدی:** مواردی همچون سلیاک، سندرم روده تحریک پذیر، ریفلاکس، بیماری های التهابی روده، گاستریت، گاستروآنتریت، بیماری های کبدی، بیماری های کیسه صفرا و پانکراس، بیماری های انسدادی دستگاه گوارش و ... است. همچنین شرایط خاصی مانند اسهال، استفراغ، یبوست، ژژو نوستومی، PEG (Percutaneouse Endoscopic Gasterostomy) و ... نیز در این آیتم بررسی می شود.
 - ✓ **کاندید عمل جراحی مازور:** منظور از عمل جراحی مازور، جراحی با انجام بیهوشی عمومی و منظور از عمل جراحی مینور، عمل جراحی بدون بیهوشی و با بیحسی موضعی می باشد. در صورتی که پس از اعمال جراحی مازور بیمار باید پس از به هوش آمدن مرکز را ترک نماید و نیازی به بستری شدن تا ۴۸ ساعت ندارد، نیازی به ارجاع به کارشناس تغذیه نیست. بنابر این موارد نیازمند ارجاع به کارشناس تغذیه در جراحی مازور عبارتست از موارد بستری بیشتر از ۴۸ ساعت
 - در صورتی که کودک به بیش از یک بیماری مبتلا باشد، گزینه های مربوطه علامت زده شود
- در نتیجه ارزیابی دو حالت وجود دارد:**
- **در نتیجه ارزیابی دو حالت وجود دارد:**
 - ✓ در صورتی که در هر یک از گروه های سنی، زد اسکور کمتر از ۲- یا بیش از ۲+ باشد، یا ابتلا به یکی از بیماری ها یا شرایط ذکر شده (سوء تغذیه، سرطان، سوختگی، بیماریهای کلیوی، بیماری های غدد و متابولیک و بیماریهای گوارشی و کبدی یا کاندید عمل جراحی مازور) وجود داشته باشد و یا پاسخ بله به یکی از سوالات علامت خورده باشد، باید در مقابل عبارت «مراجعه کارشناس تغذیه لازم است» در مربع "بله" علامت زده و با اطلاع پزشک معالج، با توجه به احتمال خطر سوء تغذیه، به کارشناس تغذیه جهت مراجعه و ارزیابی تخصصی کودک اطلاع داده شود.

✓ در صورتی که در نتیجه ارزیابی، در حال حاضر نیاز به مراجعه کارشناس تغذیه نیست، مربع مقابل عبارت "ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است" علامت خورده و لازم است کارشناس تغذیه، موارد بستری بیش از یک هفته را به نحو مقتضی با کمک پرستار شناسایی کرده و در صورت کاهش وزن یا تغییر در تشخیص بیماری، ارزیابی تخصصی و مداخلات تغذیه ای لازم را انجام دهد.

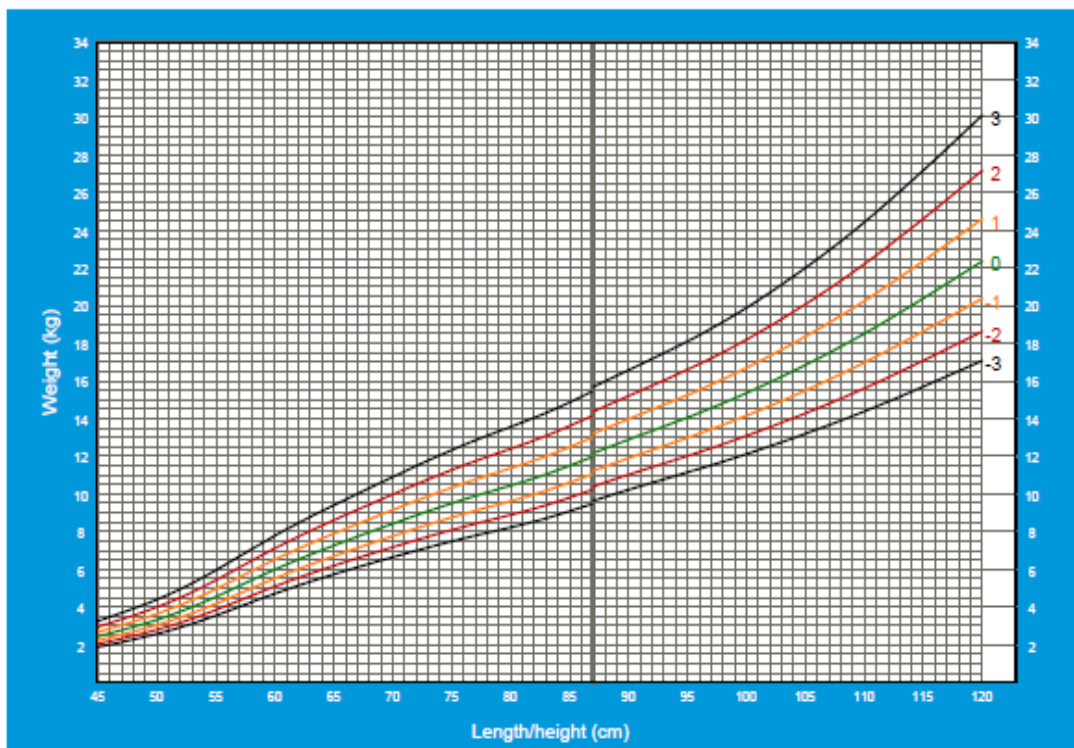
نمودار شماره ۱: وزن برای قد کودکان زیر ۵ سال (دختر)



نمودار شماره ۲: وزن برای قد کودکان زیر ۵ سال (پسر)

Weight-for-length/height BOYS

Birth to 5 years (z-scores)

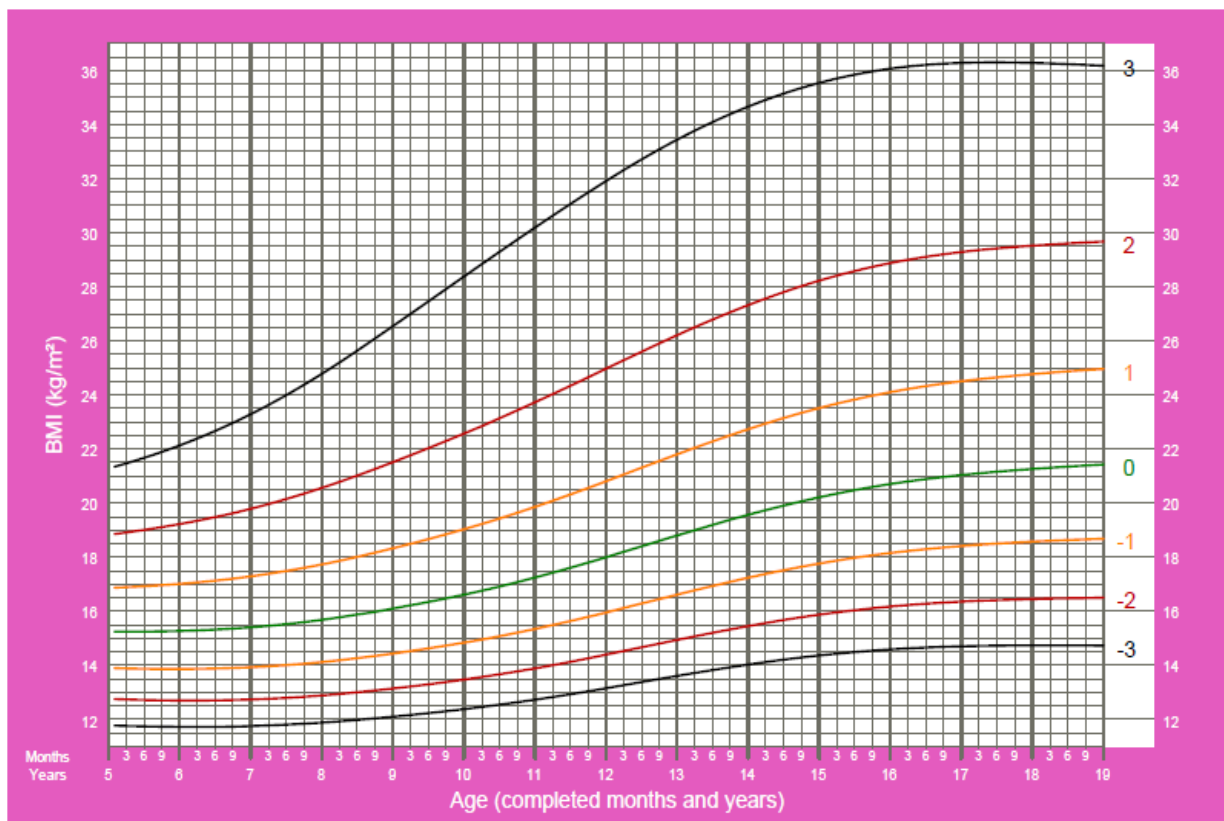


WHO Child Growth Standards

نمودار شماره ۳: نمایه توده بدنی برای سن کودکان ۵ تا ۱۹ سال (دختر)

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)

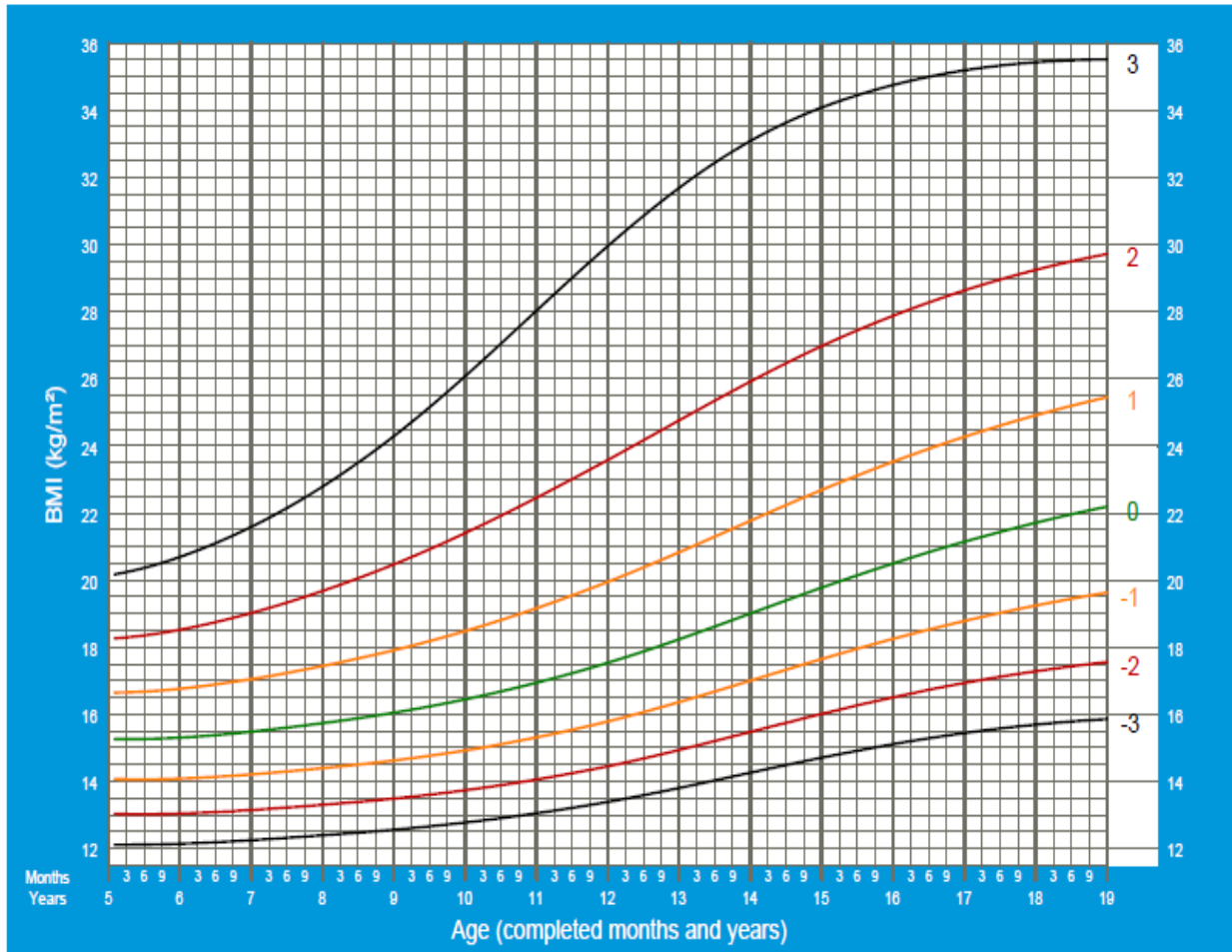


2007 WHO Reference

نمودار شماره ۴: نمایه توده بدنی برای سن کودکان ۵ تا ۱۹ سال (پسر)

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)



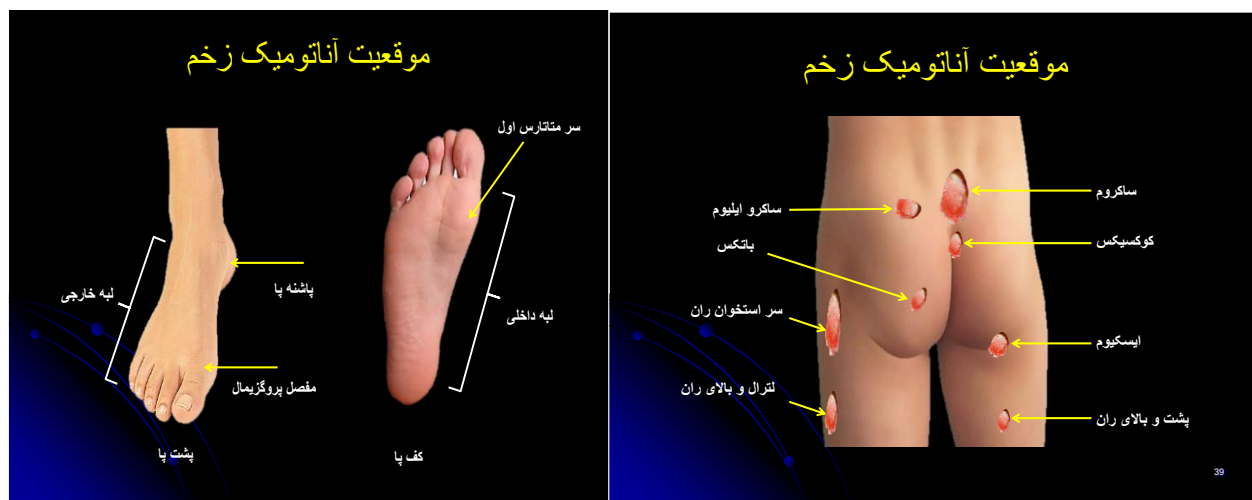
2007 WHO Reference

۴- بخش ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری

این بخش به منظور ارتقاء ایمنی بیمار و پیش بینی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری طراحی شده که در ارزیابی های مستمر بیمار کاربرد دارد.

۱- در ابتدا بیمار را از نظر وجود زخم فشاری ارزیابی نموده و در صورت وجود زخم موقعیت آناتومیک آن را ذکر نمایید. در خصوص اندام تحتانی ذکر دقیق

ناحیه زخم بر اساس تصویر زیر ضروری است.



۲. سپس بیمار را از نظر احتمال خطر ابتلا به زخم بر اساس معیارهای پیشگو کننده شناخته شده معتبر ابتلا به زخم فشاری (تعیین شده بوسیله بیمارستان/ دانشگاه یا توصیه شده وزارت متبوع در راهنمای ابلاغی پیشگیری از زخم فشاری) ارزیابی نمایید.
- ۵- نتایج ارزیابی و میزان ریسک علاوه بر فرم ارزیابی در گزارش پرستار و کاردکس نیز ثبت گردد.

 - در صورتیکه نتایج ارزیابی حاکی از ریسک ابتلا به زخم فشاری باشد برای بیمار از دستبند زرد استفاده نمایید.
 - با توجه به اینکه با تغییر شرایط بیمار احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری تغییر می نماید، میزان مخاطره در هر شیفت بایستی ارزیابی و در گزارش پرستار ثبت شود.
 - ارزیابی خطر زخم فشاری در کودکان بایستی به صورت روزانه، در زمان تغییر شرایط بیمار، در زمان انتقال به بخش دیگر و قبل از ترخیص انجام شود.

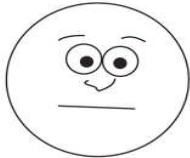
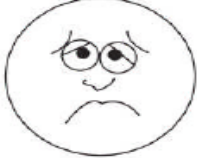
۶- بخش ارزیابی احتمال خطر سقوط

*توجه

- تمامی اطفال در معرض خطر سقوط می باشند بنابراین پیش بینی اقدامات پیشگیرانه از سقوط برای تمامی آنها ضروری به نظر می رسد.
- این بخش به منظور ارتقاء ایمنی بیمار و پیش بینی اقدامات پیشگیرانه از سقوط طراحی شده که در ارزیابی های مستمر بیمار کاربرد دارد.
- ۱- بیمار را از نظر احتمال خطر سقوط بر اساس معیارها و ابزارهای پیش بینی کننده شناخته شده و معتبر (تعیین شده بوسیله بیمارستان/ دانشگاه / وزارت متبوع) ارزیابی نمایید.
 - ۲- نتایج ارزیابی و میزان ریسک علاوه بر فرم ارزیابی در گزارش پرستار و کاردکس نیز ثبت گردد.
 - در صورتیکه نتایج ارزیابی حاکی از ریسک سقوط باشد برای بیمار از دستبند زرد استفاده نمایید.
 - با توجه به اینکه با تغییر شرایط بیمار احتمال خطر سقوط تغییر می نماید، میزان مخاطره در هر شیفت بایستی ارزیابی و در گزارش پرستار ثبت شود.

۷- بخش غربالگری و بررسی درد:

این بخش از فرم از طریق مشاهده کودک و مقایسه آن با مقیاس چهره ها تکمیل می گردد.

نشانه	شماره صورتک	صورتک
بدون درد	صفر	
درد ملایم	۱	
درد متوسط	۲	
درد شدید	۳	
درد بسیار شدید	۴	
بدترین درد ممکن	۵	

۸- ارزیابی از نظر نشانه های کودک آزاری

در این بخش کودک از نظر نشانه های کودک آزاری مورد بررسی قرار می گیرد.

۹- ارزیابی نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی

این بخش از فرم به بررسی نیاز بیمار به خدمات مددکاری و اجتماعی می پردازد که در صورت مثبت بودن هر یک از موارد مندرج (به شرح ذیل) گزینه مورد نظر را علامت زده و واحد مددکاری بیمارستان را مطلع نمایید.

۱- گروه پر خطر اجتماعی: کودک آزاری/ دختران فراری/ بارداری غیر متعارف/ زنان رها شده، نوزادان رها شده خشونت علیه زنان، سالمندان، معلولان/

اقدام به خودکشی/ اختلالات روانپزشکی/ بی خانمانی و مجهول الهویه بودن/ بیماری های خاص ، صعب العلاج و نادر) از مصادیق آسیب اجتماعی می باشد که چنانچه بیمار واجد هر یک از این مصادیق باشد ضروری است قسمت پر خطر اجتماعی علامت زده شود.

a. بیماریهای خاص شامل: تالاسمی، هموفیلی و دیالیز

b. بیماریهای صعب العلاج مثل MS ، دیابت و سرطان

c. بیماریهای نادر شامل PKU و EB (سندرم پوست پروانه ای)

۲. وجود مشکل در پرداخت هزینه های درمان (مصدومین ترافیکی/مصدومین شغلی/ فاقد بیمه/ اتباع غیر ایرانی)

۳. عدم حضور همراه موثر

۴. ارجاع از ارگانهای قضایی و حمایتی

با توجه به اینکه این فرم در اورژانس تکمیل نمی گردد، نحوه ارزیابی بیمار از نظر نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی در اورژانس در دستورالعمل مداخلات مددکاری اجتماعی اورژانس اعلام می گردد."

۱۰- بخش ارزشهای مذهبی فرهنگی

باورهای مذهبی و فرهنگی خانواده بیمار که بر روی روند درمان و یا آموزش تاثیرگذارند که در صورت مثبت بودن بایستی توضیح داده شود(ارتباط با شباطین یا رسوخ جن در جسم بیماران مبتلا به اختلالات روان ، گناهکار بودن بیمار و...) و در صورت ناتوانی در ارزیابی به دلیل شرایط بیمار گزینه غیرقابل ارزیابی انتخاب می شود

۱۱- بخش نیازهای آموزشی:

بر اساس مصاحبه، مشاهده و بررسی مستندات تکمیل می گردد.

✓ تمایل والدین، خانواده/ همراهان کودک به یادگیری

✓ توانایی یادگیری والدین، خانواده/ همراهان کودک

✓ موانع یادگیری بر حسب نوع آن شامل: جسمی (محدودیت های جسمی و فیزیکی)، خواندن، زبان ، انگیزشی و روانی

✓ 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

۱۲- نیاز بیمار به بررسی های پیش تر:

در این قسمت پس از بررسی اولیه پرستار از بیمار نیاز بیمار به بررسی های بیشتر از نظر : مدیریت درد، مددکاری،^۱ روانپزشکی ، دندانپزشکی، چشم پزشکی ، شنوایی سنجی ، تغذیه ای، بازتوانی و ذکر سایر موارد مورد نیاز مشخص می شود.

۱۳- **تشخیص های پرستاری:** در این بخش مهم ترین تشخیص های پرستاری را که از نتایج ارزیابی حاصل شده است جهت تنظیم و اولویت بندی برنامه های مراقبتی درج نمایید.