

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 کودک

پاییز ۹۶

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

معاونت پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک

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 میربازغ، کارشناس امورپرستاری 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، مریم مظاهری، مدیر خدمات پرستاری بیمارستان بهمن، وجیهه سادات آذر نیاکان، مدیر خدمات پرستاری بیمارستان کسری، دکتر لیلا عظیمی، رییس اداره پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، شیده گنجه ای: رییس اداره پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران شهلا افشانی، رییس گروه تحقیق و توسعه معاونت پرستاری، فاطمه پیرمحمدی: کارشناس امورپرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، محبوبه داخه هارونی کارشناس امورپرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران، اسماعیل فلاحی کارشناس امورپرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران، ملیحه طالبی جا غرق، کارشناس امور پرستاری معاونت پرستاری مهشید سادات حسینی

زیر نظر:

دکتر مریم حضرتی معاون پرستاری

احمد نجائیان 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

معاونت پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک

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 ابتدائی 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 بخش های بستری 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.

معاونت پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک

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 روان ضروری است ارزیابی بر اساس فرم های ارزیابی بیمار اعصاب و 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.

معاونت پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک

- 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 با پای خود، صندلی چرخدار، برانکار، 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

- وضعیت هوشیاری بیمار را بررسی و وضعیت هوشیاری او را بر اساس موارد هوشیار، خواب آلوده، گیج و بدون پاسخ انتخاب نمایید.
- آگاهی به زمان و مکان: با توجه به فراهم نبودن شرایط ارزیابی موقعیت و جهت یابی کودک در بخش این ارزیابی فقط در کودکان قادر به تکلم (بالای ۴ سال) و با طرح پرسش های ساده نظیر "الان شب است یا روز" و یا "اینجا کجاست" آگاهی کودک به زمان و مکان را ارزیابی کنید. بدیهی است در بررسی این بخش پاسخ های دریافتی از کودک با توجه به سن و بلوغ مورد انتظار مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت.
- زبان و نحوه صحبت کردن کودک : در صورت رسیدن کودک به سن تکلم این موارد نیاز به ارزیابی دارد .
- 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.

- بخش تاریخچه سلامت و بیماری:

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

- شکایت اصلی (علت مراجعه بیمار): منظور از شکایت اصلی علت مراجعه بیمار به پزشک از زبان والدین، خانواده/ همراهان کودک او می باشد که جهت تکمیل این بند ضروری است عین عبارت والدین، خانواده/ همراهان کودک 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

معاونت پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک

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

سابقه جراحی: در صورت داشتن سابقه جراحی نوع عمل جراحی ذکر شود.

سابقه بیماری: در این بخش سابقه بیماریهای جسمی یا روانی مهمی 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 یا 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.

سابقه سوء مصرف دارو و مواد مخدر: در این بخش سابقه سوء مصرف دارو و مواد مخدر مورد بررسی قرار می گیرد.

سابقه ترانسفوزیون خون: در این بخش سابقه دریافت خون و هر نوع واکنش به آن قید می گردد.

خواب و استراحت: وضعیت خواب و استراحت کودک با ارزیابی میزان خواب در ۲۴ ساعت و وجود مشکلات خواب بررسی می شود.

۳- بخش حساسیتها:

۱- در این بخش سابقه هر نوع حساسیت شامل دارویی، غذایی و شیر خشک 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 دارویی دستبند قرمز برای بیمار استفاده نمایید و توجه داشته باشید سابقه حساسیت روی مچ بند قید نشود.

۴- ارزیابی سیستم ها

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

۵- 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 نامهمخوانی 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.

معاونت پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک

۶- بخش محدودیت ها 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..

۷- 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،

معاونت پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک

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 وزنه 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.

معاونت پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک

- **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 اشتهایی یا آنورکسیا به از دست دادن اشتها یا کاهش دریافت گفته می شود. زمانی که بی اشتهایی همراه با از دست دادن وزن باشد منجر به کاشکسی می شود، در صورتی که کودک دچار بی اشتهایی 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 ۶-۰ 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.

معاونت پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک

- ❖ 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)
 - ✓ **بیماری های 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 اسیدهای 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 ماژور:** منظور از عمل جراحی ماژور، 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 ماژور 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 ماژور 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

معاونت پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک

در نتیجه ارزیابی دو حالت وجود دارد:

- در نتیجه ارزیابی دو حالت وجود دارد:

- ✓ در صورتی که در هر یک از گروه های سنی، زده 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.

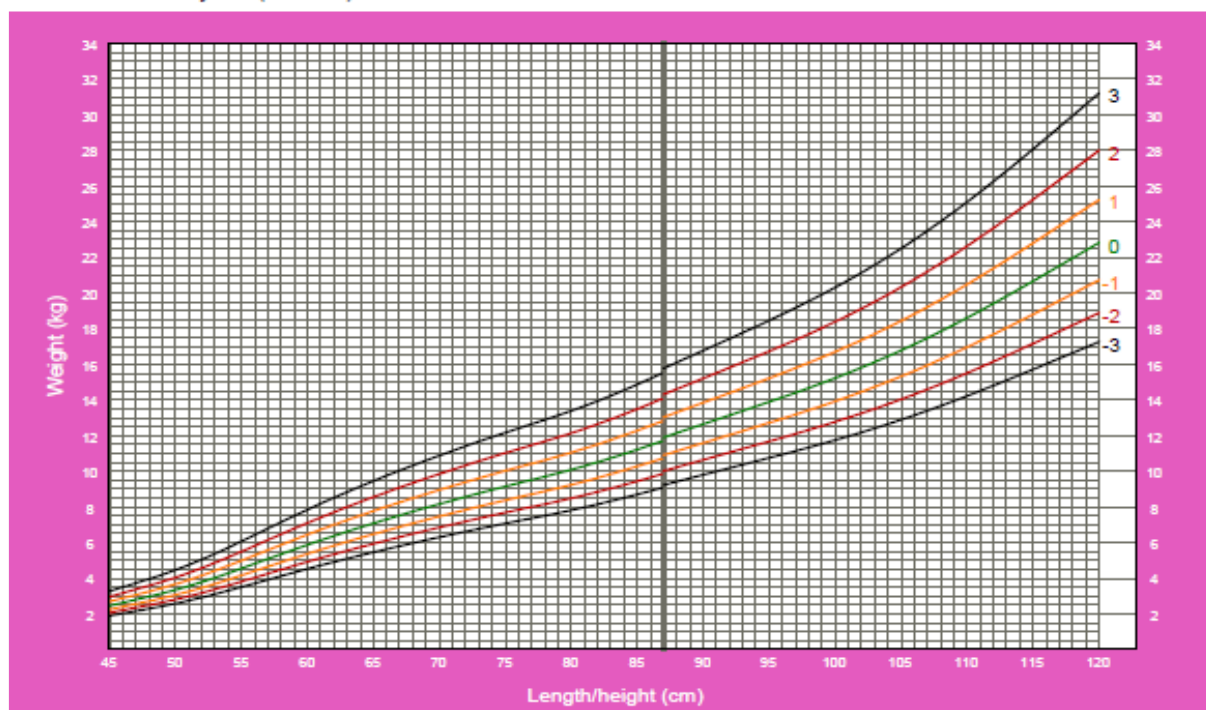
معاونت پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک

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

Weight-for-length/height GIRLS

Birth to 5 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

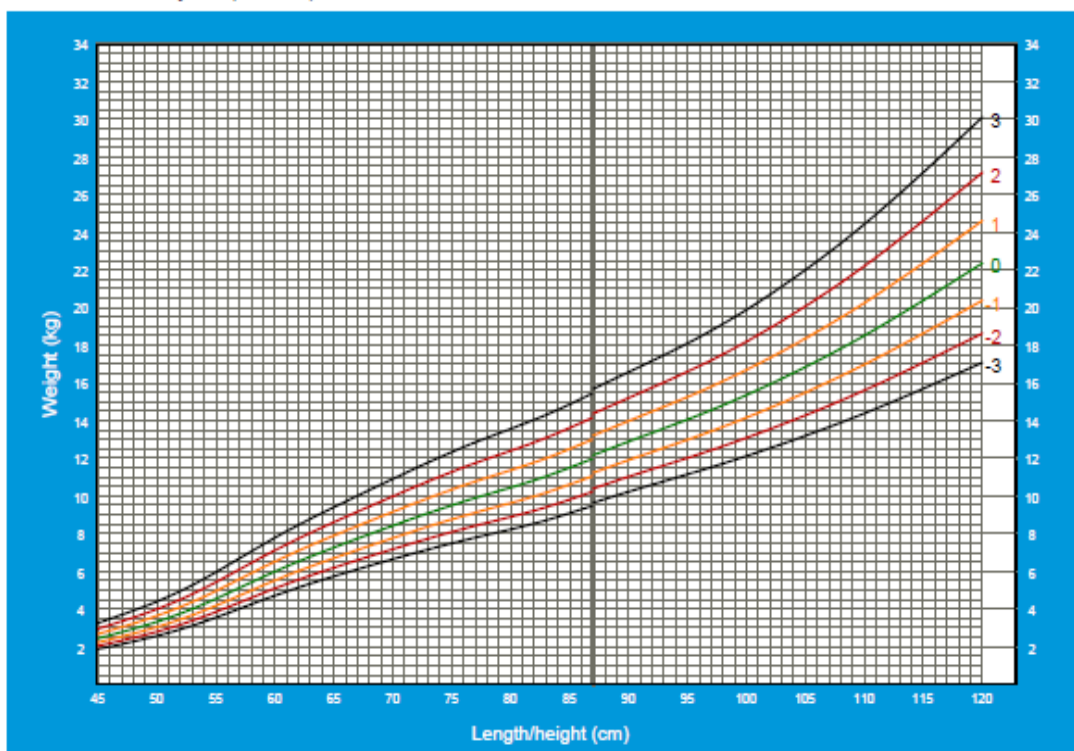
معاونت پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک

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

Weight-for-length/height BOYS

Birth to 5 years (z-scores)



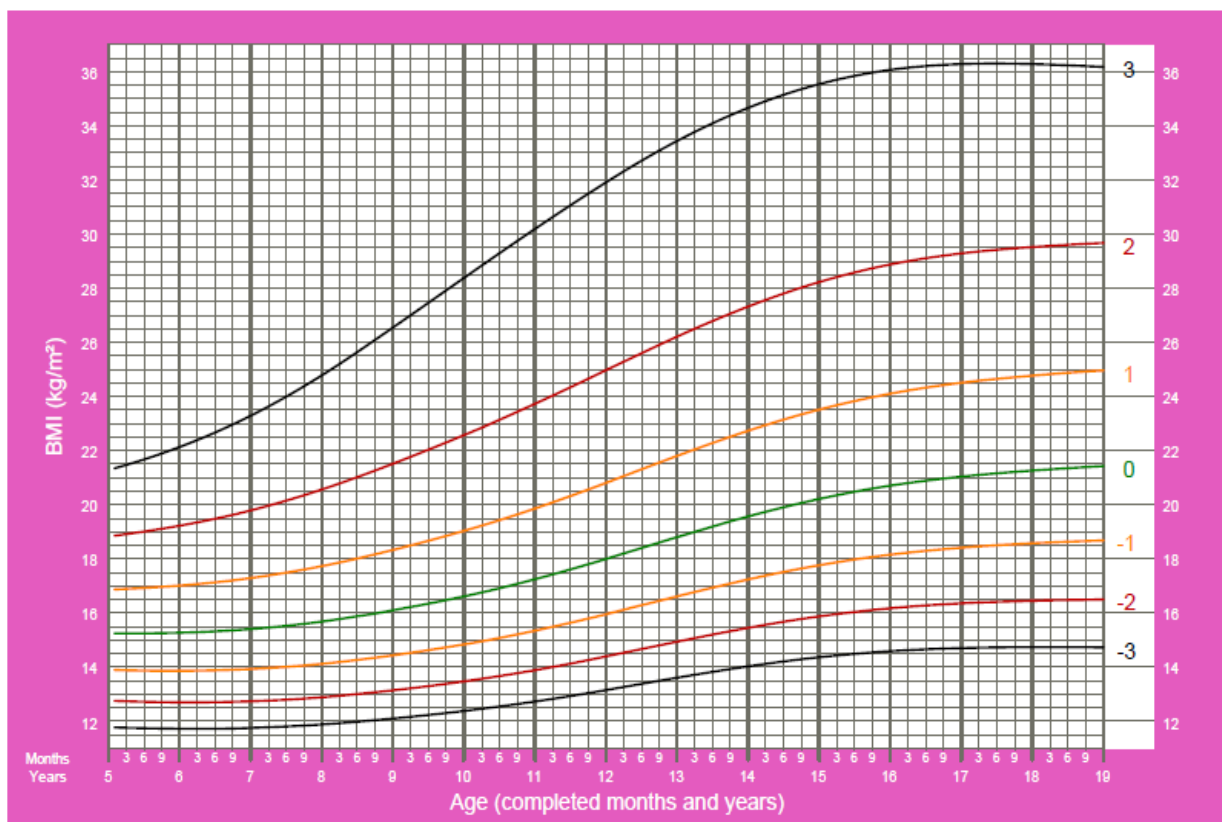
WHO Child Growth Standards

معاونت پرستاری
راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک

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

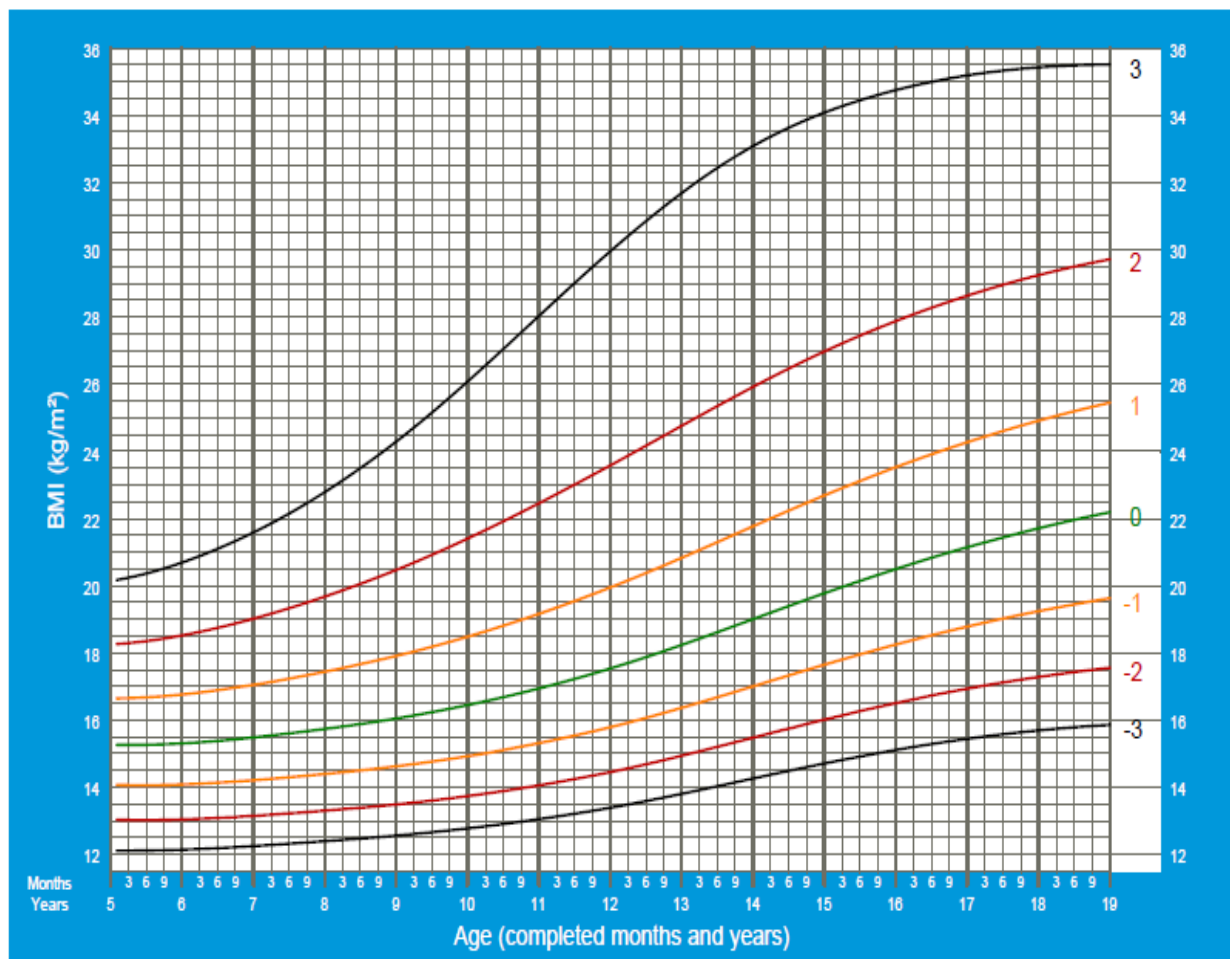
معاونت پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک

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

۸- 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.

معاونت پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک



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.
- ۹- 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.

۱۰- بخش ارزیابی احتمال خطر سقوط

*توجه

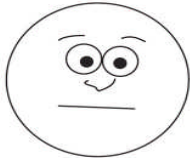
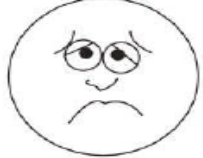
- تمامی اطفال در معرض خطر سقوط می باشند بنابراین پیش بینی اقدامات پیشگیرانه از سقوط برای تمامی آنها ضروری به نظر می رسد.
- این بخش به منظور ارتقاء ایمنی بیمار و پیش بینی اقدامات پیشگیرانه از سقوط طراحی شده که در ارزیابی های مستمر بیمار کاربرد دارد.
- ۱- بیمار را از نظر احتمال خطر سقوط بر اساس معیارها 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.

معاونت پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک

۱۱- 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	

معاونت پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک

۱۲- ارزیابی از نظر نشانه های کودک آزاری

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

۱۳- 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 نمایند.

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."

۱۴- 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 شیاطین 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

۱۵- 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، پروسجرهای تشخیصی -

درمانی ، روند ترخیص ، فعالیت ، پیگیری، معرفی سیستم های حمایتی

۱۶- نیاز بیمار به بررسی های بیش تر:

معاونت پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک

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

۱۷- **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.