

در جلسه اعتباربخشی که با حضور سرپرستاران محترم در ۶ اسفند ۹۹ برگزار گردید در خصوص تکمیل فرم ارزیابی اولیه اهم نکات به شرح ذیل ارسال می گردد خواهشمند است به پرسنل زیربط اطلاع رسانی گردد.

نکاتی در آموزش تکمیل فرم های ارزیابی اولیه پرستاری بزرگسالان :

۱. در بخش اورژانس ملاک ارزیابی بیمار تریاژ می باشد.
۲. در صورتی که بیمار به دلیل خالی نبودن تخت و عدم تعیین تکلیف در بخش اورژانس بستری گردد، انجام ارزیابی اولیه و تکمیل فرم در اورژانس ضروری است و در این صورت نیازی به تکمیل فرم در بخش بستری نیست.
۳. ارزیابی اولیه بایستی توسط کارشناس پرستاری بر بالین بیمار و با مصاحبه با وی تکمیل شود در صورتیکه بیمار شرایط روحی روانی و جسمی مساعد ندارد اطلاعات را می توان از خانواده و همراهی که بیشترین و دقیقترین اطلاعات را در مورد بیمار دارد کسب نمود.
۴. در موارد خاص مانند بدحالی بیمار یا پذیرش بیمار در ساعت پایانی نوبت کاری و زمان تحویل نوبت کاری ، انجام ارزیابی اولیه می تواند حداکثر تا پایان نوبت کاری بعدی انجام شود.
۵. در صورتیکه بیمار از بخش بستری به بخش روان منتقل می شود تکمیل فرم ارزیابی روان و در اطفال فرم ارزیابی کودک و در نوزادان فرم ارزیابی نوزادان ضروری است.
۶. این فرم جهت بررسی اولویتهای درمانی و وضعیت سلامت بیمار در بدو ورود است و جایگزین ارزیابی های مستمر بیمار در هر شیفت که یکی از ارکان اصلی حرفه پرستاری است نمی شود.
۷. در ابتدای ارزیابی پرستار بایستی خود را معرفی نموده و جهت حفظ ادب و احترام شایسته است نام و نسبت اعضای خانواده حاضر را نیز بپرسد.
۸. در بررسی وضعیت ارتباطی بیمار سطح هوشیاری با معیار AVPU سنجیده می شود.

Awake and alert بیداری و هوشیاری کامل

responsive to verbal stimuli پاسخ به محرک های صوتی

responsive to pain پاسخ به محرک های دردآور

unresponsive عدم واکنش به محرک ها و بیهوشی

۹. در بررسی تاریخچه سلامتی و بیماری منظور از شکایت بیمار : بیان علت مراجعه به پزشک از زبان خود بیمار و همراهی وی می باشد. و منظور از علت بستری: همان تشخیص پزشک است
۱۰. در بررسی حساسیت های دارویی و غذایی در صورت وجود حساسیت لیبل قرمز بر روی دستبند شناسایی بیمار نصب شود. و کارت حساسیت دارویی روی پرونده بیماران الصاق می شود. و سپس در زمان ترخیص با توضیحات کافی به بیماران داده می شود.
۱۱. در بررسی سوابق دارویی : منظور داروهایی است که بیمار قبل از بستری مصرف می کرده است.
۱۲. در بررسی میزان خواب و استراحت : در این بخش ۲ موضوع میزان خواب و مشکلات خواب بررسی می شود :

۱- میزان خواب در طیفی شامل طبیعی ، کمتر از حد طبیعی (کمتر از ۵ ساعت) و بیشتر از حد طبیعی (بیشتر از ۸ ساعت) تعیین می شود که ۲- مشکلات خواب : 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 نوع آن ذکر می شود .

۱۳. در بررسی وضعیت تغذیه ای :

- قد و وزن بدون پوشیدن کفش اندازه گیری می شود.
- در صورتیکه اندازه گیری قد وزن بیمار مقدور نباشد می توان با پرسش از بیمار و همراهی در مورد قد و وزن وی توده بدنی را محاسبه نمود
- در مواردی که ادم و اسیت واضح دارند در محل مربوطه غیر قابل ارزیابی نوشته می شود.
- نمودار Z score و نمودار BMI در ایستگاه پرستاری نصب شود.
- نمودار Z score جهت گروه سنی ۵ تا ۱۹ سال ضروری است.
- پرستار بایستی تشخیص کاهش وزن بیمار را بتواند ارزیابی و ثبت نماید برای این امر میزان کاهش وزن طی سه ماهه اخیر بایستی محاسبه شود. وزن فعلی بیمار را محاسبه کرده و در ۵٪ ضرب می کنیم، عدد بدست آمده را با اختلاف وزن سه ماه قبل و فعلی بیمار مقایسه می کنیم اگر عدد بدست آمده بیش از ۵٪ وزن فعلی باشد بیمار نیاز به ارزیابی تخصصی دارد.
- در بررسی بی اشتها بی اشتها یا کاهش مصرف غذا (به هر دلیل مانند تهوع استفراغ) بایستی از وی پرسیده شود که آیا بی اشتها بی نحوی بوده است که چند وعده غذایی یا هیچ کدام از وعده های غذایی را در هفت روز گذشته نتواند مصرف کند؟
- تعیین بیماری ویژه و اطلاع به پزشک جهت درخواست ارزیابی تخصصی تغذیه برای بیمار:
- این بیماریها شامل : ابتلا به دیابت کنترل نشده ، فشارخون بالا ، بیماریهای قلبی عروقی ، سرطانها، سوختگی، سکت، نارسایی کلیه ، همودیالیز، سیروز کبدی، پیوند اعضا، زخم بستر، سوء تغذیه ، سوء جذب، بیماریهای نورولوژیک منجر به اختلال در بلع ، جراحی شکمی، پنومونی، بیماران COPD ، بیماران بخشهای ویژه، ضربه به سر، ناتوانیدر تغذیه دهانی به هر دلیل
- در گروههای سنی کمتر از ۱۹ سال بیماریهای ویژه شامل : سوءتغذیه ، سرطان، سوختگی، بیماریهای کلیوی، سلیاک، بیماریهای گوارشی، بیماریهای مادرزادی ، بیماریهای متابولیک می باشد.
- در مورد مادران باردار دیابتی و پره اکلامپسی واکلامپسی تاکید شده است که با اطلاع پزشک معالج ارجاع به کارشناس تغذیه انجام شود. در ارزیابی تغذیه اگر یک بله در پاسخ به سوالات علامت زده شود بایستی با اطلاع پزشک معالج، ارزیابی تخصصی توسط سرپرستار از طریق HIS درخواست و توسط کارشناس تغذیه رژیم غذایی تدوین گردد.
- بعد از ارزیابی تخصصی کارشناس تغذیه فرم تکمیل شده توسط کارشناس تغذیه به رویت پزشک می رسد و رژیم غذایی توسط ایشان بایستی تایید گردد و اجرا می شود.
- در صورتی که بیمار در حال حاضر نیاز به ارزیابی تخصصی تغذیه ندارد، ولی یک هفته بستری مانده است بایستی ارجاع به کارشناس تغذیه انجام شود. **۱۳. در ارزیابی زخم بستر و ریسک سقوط توصیه می شود :**
- نحوه محاسبه معیار مورش و برادن در معرض دید پرسنل نصب باشد. با توجه به اینکه وضعیت بیمار متغیر است، ارزیابی زخم بستر با معیار برادن و ریسک سقوط با معیار مورش در هر شیفت انجام و در گزارش و کاردکس ثبت شود. برای این بیماران برنامه مراقبتی تدوین شود و دستبند زرد داشته باشند. **۱۴ در بررسی نیاز به مددکاری:**
- پرسنل اطلاع داشته باشند که منظور از گروههای نیازمند مددکاری چه افرادی هستند و نحوه ارجاع به مددکاری را از طریق HIS مطلع باشند. و گروههای نیازمند مددکاری شامل: بیماران پرخطر (طبق راهنما) بیماران که در پرداخت هزینه های درمانی مشکل دارند. • اتباع غیرایرانی، مصدومین شغلی، مصدومین ترافیکی، افراد فاقد بیمه) عدم حضور همراهی موثر دارند از ارگانهای قضایی و حمایتی ارجاع شده اند