



مرکز آموزشی درمانی
Educational & Treatment Center
فرم ارزیابی اولیه پرستار از نوزاد
INITIAL NEONATAL ASSESSMENT SHEET

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی - درمانی تهران

NM/FO/03

| | | | |
|--|----------------|-------------------------------|-------------------------------|
| National Number کد ملی: | | Unit Number شماره پرونده: | |
| Attending Physician: پزشک معالج: | Ward بخش: | Name: نام: | Family Name: نام خانوادگی: |
| Date of Admission: تاریخ پذیرش: | Room: اتاق: | Date of Birth: تاریخ تولد: | Father Name: نام پدر: |
| Bed: تخت: | | | |
| <p>ساعت پذیرش: جنس: مونث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> ایهام جنسی <input type="checkbox"/> سن داخل رحمی: سن نوزاد: روز</p> <p>تابعیت: ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/> آدرس و شماره تماس: علائم حیاتی: O2 sat: BP: T: RR: PR:</p> <p>وزن: قد: دور سر: دور شکم:</p> <p>نحوه ورود: کات <input type="checkbox"/> انکوباتور <input type="checkbox"/> در آغوش <input type="checkbox"/> سایر موارد: منبع اطلاعات: نوزاد <input type="checkbox"/> خانواده نوزاد <input type="checkbox"/> سایر منابع: - همراهان بیمار: خانواده <input type="checkbox"/> بستگان <input type="checkbox"/> مراجع قانونی <input type="checkbox"/> هیچکس <input type="checkbox"/></p> <p>مراجعه از: مطب پزشک <input type="checkbox"/> درمانگاه <input type="checkbox"/> اورژانس <input type="checkbox"/> اتاق عمل <input type="checkbox"/> بخش ویژه <input type="checkbox"/> بیمارستان دیگر <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> سایر موارد: در حال احتضار <input type="checkbox"/></p> | | | |
| <p>سیستم حمایتی: خانواده <input type="checkbox"/> دوستان و آشنایان <input type="checkbox"/> بهزیستی <input type="checkbox"/> کمیته امداد <input type="checkbox"/> خیرین <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> نوع آن: بی خاتمان <input type="checkbox"/> ساکن بهزیستی <input type="checkbox"/> زندان <input type="checkbox"/></p> | | | |
| <p>دارویی: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نوع دارو: عکس العمل: حساسیت به شیو خشک: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نوع آن: سایر حساسیت ها:</p> | | | |
| <p>سن: سوابق بیماری: بیماریهای قلبی - عروقی <input type="checkbox"/> هیپرتانسیون <input type="checkbox"/> آرتریت <input type="checkbox"/> CVA <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> بیماریهای تنفسی <input type="checkbox"/> بیماریهای کلیوی <input type="checkbox"/> بیماریهای گوارشی - کبدی <input type="checkbox"/> بیماریهای عفونی <input type="checkbox"/> هپاتیت <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> تیروئید <input type="checkbox"/> بیماری ژنتیک <input type="checkbox"/> بیماریهای روانی <input type="checkbox"/> سابقه خودکشی <input type="checkbox"/> همو دیالیز <input type="checkbox"/> دیالیز صفاقی <input type="checkbox"/> سابقه پیوند کلیه <input type="checkbox"/> سایر</p> <p>مسمومیت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> سابقه بستری در بیمارستان: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> سابقه جراحی در گذشته: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع جراحی: سابقه ترانسفوزیون خون: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> تعداد بارداری: سقط <input type="checkbox"/> تعداد: C/S <input type="checkbox"/> تعداد: NVD <input type="checkbox"/> تعداد: مشکل در دوران بارداری: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> توضیح: عادات: مصرف سیگار <input type="checkbox"/> سوء مصرف داروها (Addiction) <input type="checkbox"/> نوع آن: مصرف الکل <input type="checkbox"/> رژیم غذایی خاص: خواب و استراحت: آرام <input type="checkbox"/> مشکلات خواب <input type="checkbox"/> مصرف مکملهای غذایی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع آن: سابقه مصرف دارو: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع آن: واکسیناسیون کامل: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> گروه خون: Rh: مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/></p> | | | |
| <p>دلیل بستری شدن: نوع زایمان: محل زایمان: رفلکسهای نوزادی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> نوع رفلکس غیر طبیعی: غربالگری: تست های تیروئیدی <input type="checkbox"/> G6PD <input type="checkbox"/> تست شنوایی <input type="checkbox"/> انجام نشده <input type="checkbox"/></p> <p>سوابق بیماری: بیماریهای قلبی - عروقی <input type="checkbox"/> بیماریهای تنفسی <input type="checkbox"/> بیماریهای کلیوی <input type="checkbox"/> بیماریهای گوارشی - کبدی <input type="checkbox"/> بیماریهای عفونی <input type="checkbox"/> هپاتیت <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> تیروئید <input type="checkbox"/> بیماری ژنتیک <input type="checkbox"/> بیماری متابولیک <input type="checkbox"/> کمبود G6PD <input type="checkbox"/> هیپو گلیسمی <input type="checkbox"/> هیپو کلسمی <input type="checkbox"/> ایکتر <input type="checkbox"/> ناسازگاری گروه خونی Rh <input type="checkbox"/> سایر</p> <p>علت: سابقه جراحی دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع جراحی: سابقه ترانسفوزیون خون: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> سابقه مصرف دارو: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> واکسیناسیون بدو تولد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سابقه بیماری خاص در خانواده: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نام بیماری: گروه خون: Rh: مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/></p> | | | |
| نام دارو | | دوز مصرف | |
| نام دارو | | دوز مصرف | |
| نام دارو | | دوز مصرف | |
| <p>باورهای مذهبی و فرهنگی خانواده که بر روی روند درمان یا آموزش تاثیر گذار باشد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت جواب بله توضیح دهید</p> | | | |
| <p>به دلیل شرایط نوزادان، تمام نوزادان از نظر ارزیابی خطر سقوط پرخطر محسوب می شوند.</p> | | | |
| <p>IV: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> محل آن: لوله تراشه: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> کاتتر ادراری: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> کات دان: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> کاتتر نافی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>NGT: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> | | | |
| <p>نوع تغذیه: شیر مادر <input type="checkbox"/> شیر خشک <input type="checkbox"/> نوع شیر خشک: روش تغذیه: سینه مادر <input type="checkbox"/> کاپ <input type="checkbox"/> قاشق و سرنگ <input type="checkbox"/> گاواژ <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> تحمل غذایی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> | | | |
| <p>تشخیص داده نشده <input type="checkbox"/> نبض: تاکیکاردی <input type="checkbox"/> برادیکاردی <input type="checkbox"/> سیانوز <input type="checkbox"/> نوع آن: ادم <input type="checkbox"/> مکان و نوع ادم: آنومالی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع آن:</p> | | | |
| <p>تشخیص داده نشده <input type="checkbox"/> وضعیت اندام: طبیعی <input type="checkbox"/> اسپاستیک <input type="checkbox"/> فلج <input type="checkbox"/> هیپوتون <input type="checkbox"/> در صورت مشکل کدام عضو: آنومالی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع آن:</p> | | | |

| | |
|--------------------------------|--|
| گوارش | تشخیص داده نشده <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> بی اشتها <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> نفخ <input type="checkbox"/> آنوس بسته <input type="checkbox"/> دفع گاز <input type="checkbox"/> رنگ مدفوع..... رنگ استفراغ..... آنومالی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع آن: |
| کلوی- ادرازی تناسلی | تشخیص داده نشده <input type="checkbox"/> آنوری <input type="checkbox"/> هماچوری <input type="checkbox"/> کریپتورکیدسیم <input type="checkbox"/> آنومالی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع آن: |
| پوست | تشخیص داده نشده <input type="checkbox"/> رنگ پوست: طبیعی <input type="checkbox"/> سیانوز <input type="checkbox"/> رنگ پریده <input type="checkbox"/> زرد <input type="checkbox"/> درجه حرارت پوست: گرم <input type="checkbox"/> سرد <input type="checkbox"/> تعریق <input type="checkbox"/> تورگور پوست: طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> ضایعات پوستی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> زخم: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> بند ناف: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ترشح بند ناف: طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> آنومالی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع آن: |
| سایر سیستم‌ها | چشمها: تشخیص داده نشده <input type="checkbox"/> ملتهب <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> R/L ضایعات <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> R/L نیستاگموس <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> R/L ترشحات <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> R/L لته ها: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> پلاک سفید <input type="checkbox"/> ضایعات زبان <input type="checkbox"/> سایر آنومالی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع آن: |
| نیازهای آموزشی والدین نوزاد | آیا والدین نوزاد تمایل به یادگیری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا والدین نوزاد توانایی یادگیری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> موانع یادگیری والدین: جسمی <input type="checkbox"/> توانایی خواندن <input type="checkbox"/> زبان <input type="checkbox"/> شناختی <input type="checkbox"/> نگیزشی <input type="checkbox"/> روان <input type="checkbox"/> نیازهای آموزشی والدین بیمار: فرایند بیماری <input type="checkbox"/> مراقبت <input type="checkbox"/> درمان <input type="checkbox"/> داروها و مصرف آن <input type="checkbox"/> تجهیزات و وسایل <input type="checkbox"/> شیردهی <input type="checkbox"/> پروسجرهای تشخیصی - درمانی <input type="checkbox"/> روند ترخیص <input type="checkbox"/> فعالیت <input type="checkbox"/> پیگیری <input type="checkbox"/> معرفی سیستم های حمایتی <input type="checkbox"/> |
| بررسی بیشتر | آیا نوزاد نیاز به بررسی های جامع تر ذیل دارد؟ چشم پزشکی <input type="checkbox"/> شنوایی سنجی <input type="checkbox"/> سایر موارد: |

سه: سه A سه B سه C

دو: دو A دو B

سطح مراقبتی نوزاد: یک: یک A یک B

تشخیص های پرستاری:

نام و نام خانوادگی پرستار - امضا