

فرم ارزیابی اولیه

نام و نام خانوادگی: سن: جنس: وضعیت تاهل:
 شغل: تحصیلات: وابسته درجه یک: وزن: قد:
 آدرس و تلفن:
 درجه حرارت: نبض: تنفس: فشار خون: GCS:
آلرژی دارویی یا غذایی:

اعتیاد:

دخانیت مصرف الکل: مصرف مواد مخدر:

شکایت اصلی بیمار:

معلولیت:

آمپوتاسیون کنترکچر ناشنوایی نابینایی فلج اندام تحتانی
 تنگی نفس کوششی با حداقل فعالیت

سطح فعالیت مجاز:

استراحت مطلق استراحت نسبی سرپا در حد تحمل
 وابسته به صندلی چرخدار استفاده از وسیله کمک حرارتی کاملاً مستقل

توانایی مراقبت از خود:

	غذا خوردن	تهیه غذا	استحمام	رعایت بهداشت	دفع
مستقل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نیازمند کمک	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
وابسته	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

وضعیت قلبی عروقی:

تاریخچه
 ادم: درجه موضع تنگی نفس طپش قلب هیپوتانسیون وضعیتی
 احتقان ورید ژوگولار ارتوپنه

وضعیت تنفسی:

تاریخچه
 سرفه خلط صداهای تنفسی رترکسیون

وضعیت پوست:

زردی پتشی بثورات جلدی ضایعات جدی
زخم فشاری: موضع درجه

وضعیت گوارشی:

تاریخچه
یبوست اسهال بی اختیاری خونریزی مقعدی اشتها
هیدراتاسیون آسیت NGT PEG کله‌تومی

وضعیت کلیه و مجاری ادراری:

تاریخچه
بی اختیاری سوند ادراری تکرر ادرار شب ادراری نفروستومی
سوپراپوبیک هماچوری دیالیز

آندوکراین:

تاریخچه
هیپرتیروئیدیسم هیپوتیروئیدیسم پانکراس IDDM NIDDM

وضعیت چشم، گوش، بینی و گلو:

تاریخچه
اختلال بینایی عینک لنز تماسی کاتاراکت التهاب ترشح گلوکوم
اختلال شنوایی سمعک R L سرگیجه وزوز گوش
دیسفاژی اختلال در جویدن زخم دهان دندان مصنوعی قسمتی فک بالا فک پایین

وضعیت روحی، روانی:

تاریخچه
همکاری دارد توانایی یادگیری توانایی برقراری ارتباط اختلا تکلم افسرده مضطرب

وضعیت عصبی عضلانی:

ضعف اختلال تعادل پارستزی محدودیت ROM لرزش
تشنج فلج وضعیت رفلکس ها

نام و نام خانوادگی پرستار ارزیاب

ساعت و تاریخ ارزیابی