

آیا شما داروهایتان را همان طور که تجویز شده، مصرف می کنید؟ بلی خیر

آیا بیمار آموزش در زمینه عوارض داروهایی که مصرف می کند، دریافت کرده است؟ بلی خیر

آیا نیاز به کنترل علائم حیاتی جهت مصرف دارو وجود دارد؟ بلی خیر

نوع کنترل را مشخص کنید:

آیا نیاز به بررسی های آزمایشگاهی در ارتباط با مصرف دارو (برای مثال داروهای ضد انعقاد، دارو های کاهش دهنده قند خون) وجود دارد؟ بلی خیر

نوع آزمایش را مشخص کنید:

تمام پاسخ هایی که در محدوده طبیعی نیستند، توضیح داده شوند

	<p>رژیم: معمولی (Regular) <input type="checkbox"/> مخصوص <input type="checkbox"/> کم نمک <input type="checkbox"/> کم چرب <input type="checkbox"/> موارد دیگر</p> <p>استفاده از مکمل ها: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>نوع مکمل مصرفی:</p> <p>آیا شرایط متاثر کننده بلع، جویدن و خوردن وجود دارد: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا نیاز به پایش و کنترل در زمان تغذیه وجود دارد: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا نیاز به کنترل مصرف مایعات وجود دارد: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>غشاء مخاطی: مرطوب <input type="checkbox"/> خشک <input type="checkbox"/></p> <p>توگوریوستی: نرم <input type="checkbox"/> نسبی <input type="checkbox"/> دهیدراته <input type="checkbox"/></p> <p>رنگ مخاط: صورتی <input type="checkbox"/> رنگ پریده <input type="checkbox"/> سیانوزه <input type="checkbox"/></p> <p>اشتها: طبیعی <input type="checkbox"/> کاهش یافته <input type="checkbox"/></p>	<p>تغذیه</p> <p>NUTRITION</p>
	<p>بی اختیاری ادراری: خیر <input type="checkbox"/> گاهی (کمتر از یکبار در روز) <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/></p> <p>آیا از تکنیک های مدیریت بی اختیاری استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>وجود سایر علائم اختلالات ادراری (تکرر ادرار، شب ادراری، سوزش ادراری و غیره ...):</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بی اختیاری روده ای: خیر <input type="checkbox"/> کمتر از یکبار در روز <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/></p> <p>وجود صداهای روده: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>یبوست: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>اسهال: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>استفاده از دارو برای درمان اختلالات روده ای (مثل اسهال یا یبوست): بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>استومی: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>دفع</p> <p>ELIMINATION</p>

	<p>بینایی: <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> آسیب دیده</p> <p>• نوع وسیله کمکی مورد استفاده</p> <p>شنوایی: <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> آسیب دیده</p> <p>استفاده از سمک: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>وجود بی حسی و گزگز شدن: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد</p> <p>درد: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد</p> <p>در صورت وجود درد (نوع، شدت، محل، طول مدت، انتشار توضیح داده شود)</p> <p>تکنیک های غیر دارویی مورد استفاده جهت کنترل درد: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>توضیح نوع تکنیک</p>	<p>سیستم حسی SENSORY SYSTEM</p>
	<p>تحرك: <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> آسیب دیده</p> <p>استفاده از وسیله کمکی: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>اندازه حرکت Range of motion: <input type="checkbox"/> کامل <input type="checkbox"/> محدود شده</p> <p>رشد حرکتی: کنترل سرنشستن <input type="checkbox"/> راه رفتن <input type="checkbox"/> همی پارزی <input type="checkbox"/> لرنش <input type="checkbox"/></p> <p>فعالیت های روزانه زندگی (ADLs)</p> <p>Eating= <input type="checkbox"/> Bathing = <input type="checkbox"/> Dressing = <input type="checkbox"/> S=self; A= Assist; T=Total</p>	<p>عضلانی و اسکلتی MUSCULOSKELETAL</p>
	<p>رنگ پوست: <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> رنگ پریده <input type="checkbox"/> قرمزی <input type="checkbox"/> جوش <input type="checkbox"/></p> <p>سوزش <input type="checkbox"/> خراشیدگی <input type="checkbox"/> حالات دیگر <input type="checkbox"/></p> <p>پوست سالم: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر (در صورتیکه سالم نباشد، بررسی زخم انجام گردد)</p> <p>نیاز به مراقبت یا پایش خاص: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p>	<p>پوست SKIN</p>
	<p>وضعیت هوشیاری: <input type="checkbox"/> هوشیار <input type="checkbox"/> خواب آلوده <input type="checkbox"/> گیجی <input type="checkbox"/> کما <input type="checkbox"/> نیمه کما <input type="checkbox"/></p> <p>پاسخ کلامی: <input type="checkbox"/> پاسخ جملات مرتبط (Appropriate)</p> <p>جملات غیر مرتبط (Confused) <input type="checkbox"/></p> <p>واژگان غیر مرتبط (Inappropriate) <input type="checkbox"/></p> <p>نامفهوم (Incomprehensible) <input type="checkbox"/></p> <p>بدون پاسخ (No response) <input type="checkbox"/></p> <p>آفازی: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> Receptive <input type="checkbox"/> Expressive</p> <p>نقص حافظه: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>نقص در تصمیم گیری: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>الگوی خواب قبل از بستری بیمار:</p> <p>آیا با بستری شدن الگو خواب شما تغییر کرده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا از روش های بهبود خواب (دارویی، غیر دارویی) استفاده می کنید: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>تشنج: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p>	<p>عصبی NERVOUS</p>
	<p>سابقه: <input type="checkbox"/> آریمی <input type="checkbox"/> هیپوتانسیون <input type="checkbox"/> هیپرتانسیون</p> <p>نبض: <input type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نامنظم</p> <p>پوست: <input type="checkbox"/> صورتی <input type="checkbox"/> سیانوتیک <input type="checkbox"/> رنگ پریده <input type="checkbox"/> گرم <input type="checkbox"/> سرد</p> <p>خشک <input type="checkbox"/> دارای تعریق <input type="checkbox"/> دارای لکه</p> <p>ادم: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>گده گذار: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>زمان برگشت مویرگی (Capillary filling): <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> افزایش یافته</p> <p>اتساع ورید ژگولار: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد</p>	<p>گردش خون CIRCULATION</p>

	<p>تنفس: <input type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نامنظم <input type="checkbox"/> بدون تلاش <input type="checkbox"/> دارای تلاش تنفسی <input type="checkbox"/></p> <p>کوتاهی تنفس: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (عوامل موثر)</p> <p>ریه راست: تمیز <input type="checkbox"/> کرال (رال) <input type="checkbox"/> ویزینگ <input type="checkbox"/></p> <p>ریه چپ: تمیز <input type="checkbox"/> کرال (رال) <input type="checkbox"/> ویزینگ <input type="checkbox"/></p> <p>وجود درمان های تنفسی: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اکسیژن <input type="checkbox"/> آتروسول / نبولایزر <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> CPAP/BIPAP</p>	<p>تنفسی RESPIRATION</p>
	<p>دندان: <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> مصنوعی <input type="checkbox"/></p> <p>لثه ها: <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> آسیب دیده <input type="checkbox"/></p>	<p>دهان و دندان DENTAL</p>
	<p>رفتار: <input type="checkbox"/> آرام <input type="checkbox"/> خواب آلوده <input type="checkbox"/> خشمگین <input type="checkbox"/> مقاومت در برابر مراقبت <input type="checkbox"/></p> <p>شرایط دیگر <input type="checkbox"/></p> <p>وجود رفتارهای آسیب به خود: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/></p> <p>رفتار پر خاشگری: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/></p> <p>پاسخ به سوالات: <input type="checkbox"/> به راحتی <input type="checkbox"/> به آهستگی <input type="checkbox"/> غیر مرتبط <input type="checkbox"/> حالات دیگر <input type="checkbox"/></p> <p>توهم و یا هذیان: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/></p>	<p>روانشناختی Psychological</p>
	<p>آیا محیط بیمارستان از نظر نور مناسب، نبود صداهای مزاحم، تخت مناسب، دسترسی به وسایل کمک مورد نیاز) برای اقامت بیمار امن است:</p> <p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>نیازهای ایمنی: Safety needs</p>
	<p>انجام معاینات ماهانه پستان <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>انجام یاپ اسمیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>خود آزمایی بیضه <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بررسی فشار خون، چربی خون و قند خون <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>رفتارهای پیشگیری از بیماری Health protecting behaviors</p>
	<p>زبان اولیه بیمار:</p> <p>وجود مشکلات یادگیری: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>نیازهای آموزشی بیمار در ارتباط با (مراقبت خود در زمینه مصرف دارو، فعالیت، رژیم غذایی)</p> <p>نیازهای آموزشی خانواده در ارتباط با (مراقبت خود در زمینه مصرف دارو، فعالیت، رژیم غذایی)</p>	<p>نیازهای آموزشی Educational needs</p>
	<p>آیا علاوه بر بیماری یا بستری شدن فعلی تحت فشارهای (استرس های) دیگری نیز قرار گرفته اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>-معمولا جهت کاهش فشارهای (استرسها) از چه روش هایی استفاده می کنید؟</p> <p>آیا این روش ها موثر هستند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا روش هایی که ما بتوانیم کمک کنیم وجود دارد؟</p>	<p>راهبرهای مقابله Coping strategies</p>
	<p>از وقتی که شما بیمار یا بستری شده اید در مورد خودتان چه فکر می کنید؟</p> <p>آیا ابتلا به بیماری یا بستری شدن باعث تغییر تصویر شما از خودتان شده است؟</p>	<p>مفهوم از خود Self-concept</p>
	<p>بررسی های پاراکلینیک :</p> <p>۱. نتایج آزمایشات خون طبیعی خارج از محدوده طبیعی</p> <p>۲. نتایج رادیوگرافی طبیعی خارج از محدوده طبیعی</p> <p>۳. نتایج سونوگرافی طبیعی خارج از محدوده طبیعی</p> <p>آیا بیمار آمادگی لازم برای انجام بررسی های پاراکلینیک دریافت کرده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا بیمار مراقبت های لازم بعد از انجام بررسی های پاراکلینیک دریافت کرده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>PARA CLINICAL ASSESSMENT بررسی های پاراکلینیک</p>