


اسم المريض رباعي الرقم الطبي تاريخ الميلاد / / ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> التشخيص							
							
نموذج الفحص والتقييم التمريضي (Nursing Screening & Assessment)							
كرسى متحرك Wheel chair اسعاف Ambulatory بيمشي علي قدمه Walk <input type="checkbox"/> Mode of Arrival: <input type="checkbox"/> Stretcher نقالة <input type="checkbox"/> أخرى Other <input type="checkbox"/>							
Chief Complains الشكوى الحالية:				Age العمر:			
Accompanied by: <input type="checkbox"/> Spouse زوج <input type="checkbox"/> Relative قريب <input type="checkbox"/> Other أخرى							
Language Spoken: <input type="checkbox"/> Arabic عربي <input type="checkbox"/> English إنجليزي <input type="checkbox"/> Other أخرى							
VITAL SIGNS						Weight & Height	
Temp. درجة الحرارة	Pulse النبض	BP. ضغط الدم	Resp. Rate التنفس	O ₂ Saturation تشبع الاكسجين	Blood Sugar سكر الدم	Weight الوزن	Height الطول
..... °C b/min/..... mmHg /min % mg/dl kg cm
Psychosocial History التاريخ النفسي							
Psychological problem : <input type="checkbox"/> None لا يوجد مشكلة محددة <input type="checkbox"/> Anxious قلق <input type="checkbox"/> Agitated مضطرب <input type="checkbox"/> Depressed مكتئب <input type="checkbox"/> يميل الى العزلة <input type="checkbox"/> الارتباك الحاد من المرض <input type="checkbox"/> الانزعاج من الألم <input type="checkbox"/> Other							
Special Habits: Smoking: التدخين <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes							
ALLERGIES: <input type="checkbox"/> Not recorded <input type="checkbox"/> Yes If yes, <input type="checkbox"/> Medication <input type="checkbox"/> Food <input type="checkbox"/> Other:							
Nutritional Screening التقييم التغذوي							
Diet: <input type="checkbox"/> Regular عادي <input type="checkbox"/> Special diet, Specify..... Appetite الشهية: <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Poor GI T Problems: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Wt. loss: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Wt. Gain: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, specify:							
Refer to nutritionist: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							
FUNCTIONAL ASSESSMENT التقييم الحركي							
Self-Caring حالة العناية الشخصية No <input type="checkbox"/> Problem Identified Needs <input type="checkbox"/> Supervision/Totally Dependent: <input type="checkbox"/> Feeding الطعام <input type="checkbox"/> Hygiene النظافة الشخصية <input type="checkbox"/> Toileting عند قضاء الحاجة <input type="checkbox"/> Ambulation التنقل		Musculoskeletal العضمية/العضلية الحالة <input type="checkbox"/> No problem identified لا توجد مشكلة محددة <input type="checkbox"/> Deformities تشوهات <input type="checkbox"/> Contracture تقلصات <input type="checkbox"/> Amputee عضو مبتور <input type="checkbox"/> Bedridden ملازم للفرش <input type="checkbox"/> Musculoskeletal pain ألم بالعضلات		Use of Assisting Equipment: <input type="checkbox"/> None لا يوجد <input type="checkbox"/> Walker مشاية <input type="checkbox"/> Wheelchair كرسى متحرك <input type="checkbox"/> Transfer Device جهاز للنقل/تروالي <input type="checkbox"/> Raised Toilet Seat رفع قاعدة الحمام <input type="checkbox"/> Other أخرى			

اسم المريض رباعي

الرقم الطبي تاريخ الميلاد / / ذكر ☐ أنثى ☐

التشخيص



نموذج الفحص والتقييم التمريضي (Nursing Screening & Assessment)

Educational Need Assessment

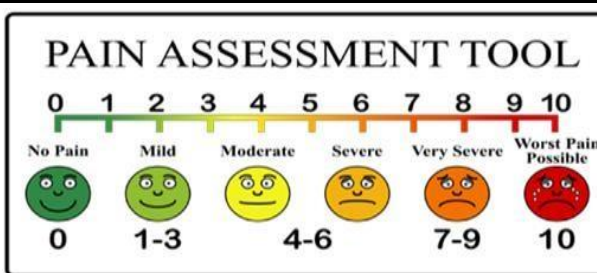
EDUCATIONAL NEED ASSESSMENT تقييم احتياج المريض/العائلة للتثقيف

- ☐ No needs identified
- ☐ Use of Medication تثقيف على استخدام الدواء
- ☐ Diet and Nutrition تثقيف للغذاء
- ☐ Use of Medical Equipment تثقيف استخدام جهاز
- ☐ Rehabilitation Techniques تثقيف تكتيكي لإعادة التأهيل
- ☐ Potential Interactions Between Medication والتعارض بين الدواء والغذاء
- ☐ Pain and Other Symptoms تثقيف للألم والتعرض لأعراض أخرى
- ☐ Moderate/ High Risk for Falling تثقيف المريض وذوية علي إجراءات خطر السقوط
- ☐ Other أخرى

Pain Assessment Score

تقييم الألم

Fall Assessment تقييم السقوط للبالغين



Below: Complete Please Identified, Pain

يرجى استكمال ما يأتي IF

Pain intensity: شدة الألم

Location: المكان

Frequency: التكرار

Duration: المدة

Character: طبيعة الألم

Action Taken: الإجراء المتبع

برجاء وضع رقم التقييم امام مستوي خطر السقوط للمريض

مستوى خطر السقوط

النقاط

.....

خطر ضئيل

صفر-24

.....

خطر متوسط

49 – 25

.....

خطر عالي

50 أو أكثر

إجراءات منع سقوط المرضى البالغين أو الأطفال بالمركز

خطر ضئيل: تثقيف المريض وأهله بشأن مخاطر السقوط

خطر متوسط/عالي:

- تثقيف المريض وأهله بشأن مخاطر السقوط
- الحفاظ على الأجهزة المتحركة ذات عجل في وضع محكم.
- ارتداء المريض أسورة صفراء مكتوب عليها حرف F أثناء تواجده بالمركز

الإجراءات الأساسية لمنع السقوط

نموذج مورس لتقييم مخاطر السقوط Modified morse assessment

م	عوامل الخطورة	التقييم	النقاط	نقاط المريض
1	سقوط خلال الثلاث أشهر السابقة	نعم لا	25 صفر	
2	أمراض مصاحبة للمرض الرئيسي 2 أو أكثر	نعم لا	15 صفر	
3	مساعدة أثناء الحركة	الأثاث المحيط بالمريض العكاز – المشاية راحة بالسرير – كرسي متحرك – شخص آخر – لا شيء	30 15 صفر	
4	على محاليل وريدية مستمرة	نعم لا	20 صفر	
5	حركة المريض	سيئة ضعيفة	20 10	

SH.MR.FRM.05

اسم المريض رباعي

الرقم الطبي تاريخ الميلاد / / ذكر ☐ أنثى ☐

التشخيص



نموذج الفحص والتقييم التمريضي (Nursing Screening & Assessment)

6	الحالة الذهنية	طبيعية – طريح الفراش	صفر	
		ينسى – محدود الذاكرة مدرك	15 صفر	
			المجموع	

<https://www.scribd.com/document/134500530/Morse-Fall-Scale>

تقييم مخاطر السقوط للأطفال (Humpty Dumpty Scale)		
الدرجة	مقياس القياس	
السن	3	من 6 الي 7 سنوات
	2	من 7 الي 13 سنوات
	1	13 سنة فيما أكبر
النوع	2	ذكر
	1	أنثى
التشخيص	4	امراض الجهاز العصبي
	3	تعديلات في الأكسجين (امراض الجهاز التنفسي التشخيص، الجفاف، فقر الدم وفقدان الشهية والإغماء / الدوخة وما إلى ذلك)
	2	الاضطرابات السلوكية / النفسية
	1	تشخيصات اخري
الادراك	3	غير مدرك
	2	ينسى
	1	واعي
العوامل البيئية	4	سقوط سابق / طفل رضيع يوضع في السرير/ يستخدم كرسي متحرك
	3	الطفل يستخدم اجهزة مساعدة
	2	طفل رضيع يوضع في السرير
	1	طفل في العيادة الخارجية
اجري عملية جراحية أو تلقي تخدير	3	في 24 الأولي من العملية أو التخدير
	2	في 48 ساعة الأولي من العملية أو التخدير
	1	أكثر من 48 ساعة بعد العملية أو التخدير
استخدام الادوية	3	استخدام أكثر من دواء مثل : المهدنات / منومات / مضادات اكتئاب / مسهلات / مدرات بول/ مخدرات
	2	يستخدم نوع واحد من المذكور اعلاه
	1	شيء لا
درجة التقييم		

https://www.physio-pedia.com/File:Humpty_Dumpty_Fall_Assessment_Scale.pdf

SH.MR.FRM.05

اسم المريض رباعي

الرقم الطبي تاريخ الميلاد / / ذكر ☐ أنثى ☐

التشخيص

النقاط	مستوى خطر السقوط	برجاء وضع رقم التقييم امام مستوى خطر السقوط للمريض
6-0	خطر منخفض
11-7	خطر متوسط
12 او اكثر	خطر عالي

Abuse and Neglect: (الإيذاء / الاهمال) No Yes If yes أذكره.....

تقييم كبار السن Elderly Assessment	
1. الأنشطة اليومية: <input type="checkbox"/> معتمد على نفسه <input type="checkbox"/> يحتاج الى مساعدة <input type="checkbox"/> يعتمد على الآخرين	
2. التقييم المعرفي: <input type="checkbox"/> ضعف ادراكي متوسط <input type="checkbox"/> هذيان خفيف مبكر <input type="checkbox"/> هذيان متوسط <input type="checkbox"/> هذيان شديد	
3. تقييم المزاج: تحديد مستوى الإكتئاب عند المريض <input type="checkbox"/> مكتئب <input type="checkbox"/> غير مكتئب	
4. اضطراب النطق: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
5. اضطراب السمع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
6. اضطراب الرؤية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
7. اضطراب النوم: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
تقييم للمرضى ذوي الاحتياجات الخاصة Disabled patients Assessment	
نوع الاعاقة: سمعية <input type="checkbox"/> بصرية <input type="checkbox"/> حركية <input type="checkbox"/> أخرى:	
الأجهزة المساعدة متوفرة مع المريض: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
توقيع الممرض القائم بالتقييم التاريخ: ----- الوقت: -----	