

انواع معیار ها در ثبت و گزارش نویسی

ارزیابی ریسک سقوط بیمار (مورس) Morse Fall Risk Assessment		
امتیاز	معیار	ریسک فاکتور
۲۵	بله	وجود سابقه افتادن بیمار (سه ماهه گذشته)
۰	خیر	
۱۵	بله	تشخیص ثانویه (داشتن بیش از یک بیماری)
۰	خیر	
۳۰	استفاده از پایه مبل و صندلی (برای برخاستن و حرکت کردن)	
۱۵	وسایل کمک حرکتی واکر، عصا، چوب زیر بغل	
۰	کمک گرفتن از پرستار، صندلی چرخدار، استراحت مطلق، عدم استفاده از ابزار کمک حرکتی	
۲۰	بله	داشتن سرم یا هپارین لاک
۰	خیر	
۱۵	سنجیدن پاسخ بیمار: آیا به تنهایی میتواند به سرویس بهداشتی برود یا نیازه کمک دارد؟ (محدودیت ها را فراموش می کند و با شرایطش همخوانی نداشت)	
۰	به توانایی های خود آگاهی دارد و با شرایطش همخوانی دارد	
۲۰	مختل: (گام برداشتن ناهماهنگ، مشکل در بلند شدن از صندلی و تلاش برای بلند شدن با فشار دستها بر روی صندلی، سرپائین و نگاه به زمین، چنگ زدن به وسایل و عدم توانایی بدون کمک گرفتن از دیگران)	
۱۰	ضعف در حفظ تعادل: (خمیدگی ولی توانایی در بلند کردن سر حین راه رفتن، گامهای کوتاه وضعیف بدون ازدست دادن تعادل حین راه رفتن میباشد)	
۰	طبیعی: (بی حرکتی و استراحت در تخت، قدم برداشتن قاطعانه با سر راست و روبه جلو و بازوها در کنار بدن و در نوسان آزاد)	
نتایج ارزیابی ریسک سقوط بیمار		
ریسک بالا و پرخطر = ۵۱ و بیشتر		
ریسک متوسط و خطر متوسط = ۲۵-۵۰		
ریسک پائین و کم خطر = ۰-۲۴		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز

مرکز آموزشی درمانی سردار سپهر شهید حاج قاسم سلیمانی

ابزار ریسک زخم بستر (برادن) Braden Scale

ریسک فاکتور		معیار		امتیاز
ادراک حسی:	محدودیت دارد. پاسخ نمی دهد احساس درد ندارد مانند بیمار دیابتی		۱	
	اختلال حسی دارد. در حد ناله هوشیاری دارد.		۲	
	محدودیت خفیف . مشکل حسی قابل توجه دارد.		۳	
	بدون محدودیت و قدرت گفتن درد		۴	
فعالیت بیمار: خروج از تخت	وابسته به تخت و بدون خروج از تخت		۱	
	در حد پایین آمدن از تخت و نشستن روی صندلی با کمک		۲	
	قدم زدن گاه گاه توسط خود بیمار		۳	
	بدون محدودیت و در حال حرکت حداقل ۲ بار در روز از اتاق خارج می شود.		۴	
تغذیه:	خیلی ضعیف.هیچ وقت نمی تواندغذای کامل مصرف کند.NPO است. مایعات کافی نمیگیرد.بیماری که بیش از ۵ روز NPO است.		۱	
	احتمال ناکافی.ندرتا غذای کافی می گیرد.گاهی مکمل استفاده می کند.		۲	
	کافی.تغذیه با NG Tub یا TPN		۳	
	عالی.مصرف همه انواع غذا و بدون نیاز به مکمل		۴	
رطوبت:	دائما پوست مرطوب دارند.تعریق زیاد، بی اختیاری مدفوع و ادرار		۱	
	مرطوب نیاز به تعویض ملحفه هر شیفت		۲	
	گاهی مرطوب .لایه روین ملافه مرطوب بوده و نیاز به تعویض روزانه دارد		۳	
	پوست خشک تعویض ملحفه بصورت روتین		۴	
تحرك: تغییر پوزیشن و کنترل پوزیشن	کاملا بی حرکت		۱	
	محدودیت زیاد. حرکات گاه گاه و ناتوان در انجام حرکت		۲	
	نخفیف. مداوم در تخت حرکت می کند		۳	
	بدون محدودیت.بدون کمک دیگران تغییر پوزیشن می دهد.		۴	
کشش و سایش:	فرد برای حرکت نیاز به کمک دیگران دارد. مستقل نیست(بیمار بی قرار)		۱	
	حداقل کمک را برای جابجا شدن در تخت نیاز دارد.		۲	
	راحت در تغییر پوزیشن و حرکت		۳	
نتایج	۲۳-۱۹	۱۸-۱۵	۱۴-۱۳	۱۲-۱۰
	بدون خطر	خطر متوسط	پر خطر	خیلی پر خطر



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز

مرکز آموزشی درمانی سردار پسرید شهید حاج قاسم سلیمانی

ابزار ریسک ترومبوآمبولی وریدی (ولز) Wells Criteria VTE

امتیاز	معیار
+۱	جراحی و یا صدمه یا گچ در اندام تحتانی - پارزی یا پارالیزی
+۱	بستری در تخت بیش از سه روز یا جراحی بزرگ در چهار هفته قبل
+۱	تندرنس در مسیر ورید های پشت زانو یا رانی
+۱	تورم یک عضو
+۱	ادم گوده گذار در اندام مبتلا
+۱	تورم بیشتر از سه سانتی متر یک پا نسبت به پای دیگر در ۱۰ سانتی متری زیر زانو
+۱	تورم عروقی محیطی که ناشی از واریس نباشد
+۱	داشتن سابقه DVT قبلی
+۱	بدخیمی حاد یا درمان شده که شش ماه قبل بوده است
-۱	تشخیص جایگزین با احتمال بیشتری نسبت به DVT
نتایج	
-۱ الی ۰ احتمال کم ۱-۲ احتمال متوسط ۳-۸ احتمال بالا	

معیار ارزیابی اقدام به خودکشی (SAD)

امتیاز	معیار
مردان نمره ۱ و زنان نمره ۰	در مبحث S-sex
۱	در سنین کمتر از ۲۰ سال و بالای ۴۴ سال
۱	در صورت وجود افسردگی (D-Depression)
۱	در صورت اقدام به خودکشی ناتمام قبلی (P-Previous attempt)
۱	در صورت اعتیاد به الکل (E-Ethanol abuse)
۱	از دست دادن تفکرات منطقی (R- Rational thinking loss)
۱	فقدان حمایت های اجتماعی (S-Social Supports Lacking)
۱	داشتن برنامه طراحی تا مرز خودکشی و مرگ (O- Organized Plan)
۱	(نداشتن شوهر) : در زنان مطلقه، بیوه، تنها یا مجرد (N -No Spouse)
۱	بیماری : مزمن و ناتوان کننده (S-Sickness)
نتایج	
۰ الی ۲ = تحت نظر در ۳-۴ = تحت نظر و ۵-۶ = بستری و تحت ۷-۱۰ = بستری اجباری در بیمارستان با پیش	
منزل با پیگیری های لازم بستری در بیمارستان نظر ویژه در بیمارستان بینی نیروهای ویژه و اختصاصی برای بیمار	



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مرکز آموزشی درمانی سردار سپهر شهید حاج قاسم سلیمانی

معیار ریچموند برای ارزیابی بی قراری - آرامش (RASS)

امتیاز	معیار	
+۴	خشن و تحریک پذیر	بیمار بیش از حد عصبی و خشن است و می تواند برای پرستار خطرناک باشد
+۳	بسیار آژितه	بیمار لوله ها و کاتترها را می کشد و در می آورد و رفتار خشونت آمیزی دارد
+۲	آژیته	بیمار حرکات بی هدف و تکراری دارد . تهویه بیمار روی سیستم سینکرونایز قرار ندارد
+۱	بی قرار مضطرب و بی قرار	بیمار حرکات تهاجمی یا خشونت آمیز از خود نشان نمی دهد
۰	بیدار و آرام	بیمار کاملاً آرام و راحت است
-۱	خواب آلود کاملاً هوشیار نیست	بیمار بیش از ۱۰ ثانیه بیدار می ماند و می تواند با درخواست کلامی چشمان خود را باز کند
-۲	سداسیون سبک مدت کوتاهی	بیمار (کمتر از ۱۰ ثانیه) بیدار می ماند و با درخواست کلامی چشمان خود را باز می کند
-۳	سداسیون متوسط	بیمار با درخواست کلامی حرکات محدود دارد (اما تماس چشمی ندارد)
-۴	سداسیون عمیق	بیمار هیچ واکنشی به صدا ندارد اما با تحریک فیزیکی حرکت می کند .
-۵	غیرقابل هوشیار بودن (کما)	بیمار هیچ واکنشی به تحریک صوتی یا فیزیکی نشان نمی دهد .

معیار ارزیابی سطح هوشیاری گمای گلاسکو (GCS) (محدوده معیار: ۳-۱۵)

باز بودن چشم ها	پاسخ کلامی	پاسخ حرکتی
باز کردن چشمان خود به خود	آگاهی کامل به زمان و مکان و اشخاص اطراف	اجرای دستورات
باز کردن چشمان با صدا	گیجی	مشخص نمودن محل درد
باز کردن چشمان با درد	کلمات نامربوط	دور کردن خود در پاسخ به محرک دردناک
باز نکردن چشمان	کلمات نامفهوم	فلکسیون اندام ها (خم کردن) در پاسخ به محرک دردناک
	عدم صحبت	اکستنشن اندام ها (باز شدن) در پاسخ به محرک دردناک
		بدون واکنش به محرک دردناک