



### بیمارستان ۹ دی منظره

## ارزیابی ریسک ابتلا به

## زخم بستر، ترومبوز وریدی، آمبولی ریه و سقوط

کد سند: PC-as-001-01

بررسی احتمال سقوط بیمار با معیار مورس		
امتیاز	معیار ارزیابی	
	سابقه سقوط	امتیاز
۰	بدون سابقه سقوط	سابقه سقوط
۲۵	سابقه سقوط قبلی	
۰	فقط یک تشخیص پزشکی فعال	تشخیص پزشکی
	بیش از یک تشخیص پزشکی فعال	
۱۵	بیمار CBR یا عدم نیاز به وسیله کمک حرکتی	وضعیت حرکتی
۰	استفاده از عصا یا واکر	
۱۵	برخورد به اثاثیه حین حرکت و یا عدم تبعیت از دستور	
۰	عدم وجود راه وریدی، هپارین لاک یا سالین لاک	درمانی IV
	وجود راه وریدی، هپارین لاک یا سالین لاک	
۲۰	وجود راه وریدی، هپارین لاک یا سالین لاک	قامت بیمار
۰	قامت طبیعی	
۱۰	قامت لرزان	وضعیت روانی
۲۰	اختلال در قامت	
۰	وضعیت روانی طبیعی	وضعیت روانی
۱۵	اغراق در توانمندی ها و یا فراموش نمودن محدودیت	

توجه	امتیاز احتمال سقوط بیمار	
۱- نتیجه ارزیابی سقوط در کاردکس بیمار و گزارش پرستاری ثبت گردد	ریسک بالا	۴۵ و بیشتر
۲- در صورت دریافت نمره ۲۵ و بالاتر بیمار نیاز به دستبند شناسایی زرد دارد.	ریسک متوسط	۲۵-۴۴
	ریسک کم	۰-۲۴

مدل ولز برای ارزیابی ریسک بالینی بیماری ترومبوز وریدهای عمقی ۱	
۱	بدخیمی فعال (تحت درمان یا درمان شده در شش ماه اخیر، یا تحت درمان تسکین دهنده (Palliative))
۱	فلج کامل، پارزی یا بی حرکت کردن اخیر اندام تحتانی به وسیله گچ گرفتن
۱	در بستر ماندن اخیر برای بیش از سه روز یا جراحی عمده در چهار هفته اخیر
۱	لمس دردناک در طول مسیر سیستم وریدی
۱	ورم کردن سر تاسر اندام تحتانی
۱	ورم بیش از ۳ سانتی متر یک ساق در مقایسه اندام تحتانی بی علامت مقابل ( این اندازه گیری باید ۱۰ سانتی متر زیر توروزیته تبیبال انجام شود)
۱	ادم گوده گذار که در اندام علامتدار بیشتر باشد.
۱	مشاهده ورید های سطحی کولترال
۲-	تشخیص دیگری به اندازه DVT یا بیشتر از آن محتمل به نظر برسد

امتیاز ارزیابی		توجه:
۳ یا بیشتر	پرخطر (ریسک بالینی بیماری بالا)	۱- اگر هر دو اندام تحتانی علامتدار باشند، سمتی که درگیری شدیدتری دارد را در نظر بگیرید. ۲- معیارهای بالا برای ارزیابی هماهنگ بیماران طراحی شده اند و باید به همراه قضاوت بالینی پزشک لحاظ شوند، نه به جای آن ۳- امتیاز کسب شده بیمار در کاردکس ثبت شود. ۴- در صورتی که بیمار امتیاز ۱ و بالاتر را کسب نماید نیاز به دستبند شناسایی زرد دارد.
۱ یا ۲	خطر متوسط (ریسک بالینی بیماری متوسط)	
۰ یا کمتر	کم خطر (ریسک بالینی بیماری پایین)	

مدل ولز برای ارزیابی ریسک بالینی آمبولی ریوی	
۳	علائم و نشانه های بالینی (DVT) به طور حداقل، تورم و درد اندام تحتانی در پی لمس ورید های عمقی موجود باشد)
۳	تشخیص های دیگر نامحتملتر از آمبولی ریوی باشند.
۱.۵	وجود تائیکاردی ( ضربان قلب بالای ۱۰۰ بار در دقیقه)
۱.۵	بی تحرکی یا جراحی در ۴ ماه اخیر
۱.۵	سابقه DVT یا PTE
۱	هموپتزی
۱	بدخیمی فعال ( تحت درمان یا درمان شده در شش ماه اخیر، یا تحت درمان تسکین دهنده (Palliative))

امتیاز ارزیابی		توجه:
بیشتر از ۶	پرخطر (ریسک بالینی بیماری بالا)	۱- معیارهای بالا برای ارزیابی هماهنگ بیماران طراحی شده اند و باید به همراه قضاوت بالینی پزشک لحاظ شوند، نه به جای آن ۲- امتیاز کسب شده بیمار در کاردکس و در گزارش پرستاری ثبت شود. ۳- در صورتی که بیمار امتیاز ۲ و بالاتر را کسب نماید نیاز به دستبند شناسایی زرد دارد.
بین ۲ تا ۶	خطر متوسط (ریسک بالینی بیماری متوسط)	
کمتر از ۲	کم خطر (ریسک بالینی بیماری پایین)	

ابزار برادن در ارزیابی زخم بستر				
حیطه ابزار برادن	معیارهای ارزیابی برادن	امتیاز		
A: درک حسی Sensory Perception	کاملاً مختل: عدم پاسخ به محرک دردناک ( به دلیل کاهش هوشیاری - دریافت ساداتیو - کاهش توانایی احساس درد در بدن)	۱		
	خیلی مختل: پاسخ به تحریکات دردناک ( عدم برقراری ارتباط - بی قراری - محدودیت در احساس درد در بیش از نصف بدن)	۲		
	نسبتاً مختل: گاهی به دستورات کلامی پاسخ می دهد.	۳		
	کاملاً سالم: به دستورات کلامی پاسخ داده و درد را بیان می کند.	۴		
B: ارزیابی رطوبت پوست Moisture	دائماً خیس: ملحفه و لباس بیمار، همواره مرطوب می باشد.	۱		
	اکثراً خیس: ملحفه ها در هر شیف، به دلیل خیس بودن تعویض می شود.	۲		
	گاهی خیس: ملحفه ها حداقل یک بار در روز به دلیل خیس بودن تعویض می شود.	۳		
	خشک: پوست معمولاً خشک است، ملحفه ها طبق روتین بدون خیس بودن تعویض می شود.	۴		
C: ارزیابی میزان فعالیت فیزیکی Activity	وابسته به تخت استراحت مطلق - بدون تحرک	۱		
	وابسته به صندلی: باید با کمک صندلی چرخدار حرکت کند.	۲		
	راه رفتن با کمک: گاهی در طول روز با کمک راه می رود ( اکثر ساعات را در تخت می گذراند)	۳		
	راه رفتن بدون کمک: مرتباً به طور مستقل راه می رود.	۴		
D: ارزیابی توانایی در تغییر پوزیشن Mobility	کاملاً بی حرکت: بدون حرکت قادر به تغییرات اندک در وضعیت بدن یا اعضا نمی باشد.	۱		
	تحرک خیلی محدود: گاهی تغییرات کمی را به بدن و اعضایش ایجاد می کند.	۲		
	تحرک نسبتاً محدود: بدون کمک تغییرات اندکی را به طور مکرر در بدن و اعضایش ایجاد میکند	۳		
	کاملاً متحرک: بدون کمک مکرراً و مستقل پوزیشن خود را تغییر می دهد.	۴		
E: ارزیابی تغذیه Nutrition	خیلی مختل: تغذیه بیمار کاملاً ناکافی است ممکن است روزها NPO باشد.	۱		
	ناکافی: تغذیه ناکافی به طوری که کمتر از نصف غذایش را می خورد.	۲		
	کافی: تغذیه کافی به طوری که بیش از نصف غذایش را می خورد.	۳		
	تغذیه کامل: تغذیه کاملاً خوب، همه وعده های غذایی را به طور کامل می خورد.	۴		
F: ارزیابی اصطکاک و سایش پوست Shear & Friction	مشکل دار: همواره موقع جابه جایی روی ملحفه کشیده می شود. ( سر خوردن مکرر)	۱		
	مشکل احتمالی: موقع جابه جایی گاهی کمک می کند ولی باز هم قسمت هایی از بدن بیمار روی ملحفه کشیده می شود	۲		
	بدون مشکل: به طور کامل قادر به بلند کردن بدن خود می باشد و روی ملحفه سائیده نمی شود	۳		
نتایج ارزیابی با ابزار برادن	امتیاز در بیماران مختلف جهت تشخیص خطر ایجاد زخم فشاری	خطر بسیار بالا	۶-۹	کمتر یا مساوی ۱۶
		خطر بالا	۱۰-۱۲	کمتر یا مساوی ۱۵
	امتیاز در بیماران مسن	متوسط	۱۳-۱۴	کمتر یا مساوی ۱۸
		پیشگیرانه	۱۵-۱۸	
در صورت دریافت امتیاز ۱۸ و کمتر از آن بیمار نیاز به دستبند شناسایی زرد دارد. ارزیابی ریسک در کلیه شیفت ها قابل پیگیری است و امکان تغییر آن با توجه به شرایط متغیر مددجو را باید مدنظر قرار داد.		بدون خطر	۱۹-۲۳	