|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| وضعيت بيمار | گروه الف **بدون دهيدراتاسيون** | گروه ب **دهيدراتاسيون نسبي** | گروه ج**دهيدراتاسيون** **شديد** |
| **1- نگاه كنيد :**- وضعيت عمومي- چشمها- (اشك)- دهان و زبان- تشنگي | - خوب، هوشيار- طبيعي- وجود دارد- مرطوب- بطورطبيعي مي نوشد، تشنه نيست | - ناآرام، بيقرار - فرو رفته- وجود ندارد- خشك- تشنه،با ولع مي نوشد  | - هوشیار نیست ،خواب آلوده يا بيهوش  سست (Floppy) - بسيار فرو رفته و خشك- وجود ندارد- بسيار خشك - خوب نمي آشامد يا قادر به آشاميدن نيست  |
| **2- لمس كنيد :**- نيشگون پوستي | - سريعاً بر مي گردد | - به آهستگي بر ميگردد  | - بسيار آهسته برميگردد  |
| **3- تصميم بگيريد :** | بيمار هيچ نشانه اي از دهيدراتاسيون ندارد | اگر بيمار دو يا بيشتر از دو نشانه از موارد فوق را داشته باشدو حداقل يكي از آنها از نشانه هاي اصلي باشد، دچار دهيدراتاسيون نسبي است. | اگر بيمار دو يا بيشتر از دو نشانه از موارد فوق را داشته باشد و حداقل يكي از آنها از نشانه ها اصلي باشد، دچار دهيدراتاسيون شديد است. |
| **4- درمان کنید:** | از برنامه درمانی الف استفاده کنید | درصورت امکان بیمار را وزن کرده و از برنامه درمانی ب استفاده کنید | بیمار را وزن کرده و از برنامه درمانی ج استفاده کنید |

**فرم ارزیابی بیماران اسهالی**

نام : نام خانوادگی: سن بیمار : وزن بیمار: نام سرپرست: شماره خانوار:

 تاریخ مراجعه : / / آدرس و تلفن :

در مورد سایر مسایل سوال کنید : 1- وجود خون در مدفوع 2- علایم سوء تغذیه شدید 3- مدت اسهال 5- تب

برنامه درمانی را انتخاب کنید : الف ب ج

مقدارمحلول ORS مورد نیاز برحسب میلی لیتر......................

تعداد بسته تجویز شده :...................................

تاریخ پیگیری: نتیجه پیگیری : بهتر شده فرقی نکرده بهتر نشده