|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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