إسم المريض الرباعى				
تاريخ الميلاد	ي ي	ش ش	س س	الرقم الموحد

الرعاية المانعة لظهور قرح الفراش أو تطور قرح الفراش الحالية

مشاركة المريض

تمت مناقشة الخطة مع المريض/ الأسرة/ صديق	نعم		لا	
تم تسليم نشرة بالمعلومات إلى المريض/ الأسرة/ صديق	نعم		لا	
وافق المريض على خطة الرعاية و التدخلات	نعم		لا	
المريض فى حاجة إلى مساعدة فى إعادة وضعيته	نعم		لا	
التوقيع:	التاريخ:			

تقييم حالة الجلد \ تصنيف قرح الفراش (إن وجدت) فى مناطق الخطر المحتمل

التاريخ							
منطقة العجز							
الفخذ الأيمن							
الفخذ الأيسر							
الردف الأيمن							
الردف الأيسر							
الكعب الأيمن							
الكعب الأيسر							

تقييم "برادن" أو "واترلو"

درجة الخطورة							

المراتب و الوسائد

نوع المرتبة							
نوع الوسادة							
نوع السرير							

تقييم حالة التغذية

درجة الخطورة							

التوقيع							

الأكواد

أكواد تقييم حالة الجلد	**o** = جلد طبيعى/ سليم **ح** = إحمرار قابل للبياض	**م** = منطقة مؤلمة **ت** = منطقة بها تورم	↑ = منطقة ساخنة ↓ = منطقة باردة
أكواد درجات قرح الفراش	**قo** = لا توجد	**ق١** = درجة أولى **ق٢** = درجة ثانية	**ق٣** = درجة ثالثة **ق٤** = درجة رابعة
أكواد أوضاع المريض	**أيمن** = الجانب الأيمن **أيمن٣٠** = الجانب الأيمن بزاوية ٣٠ درجة	**ظهر** = نائم على الظهر **جالس** = الوضع الجالس **بطن** = نائم على البطن	**أيسر**= الجانب الأيسر **أيسر٣٠** = الجانب الأيسر بزاوية ٣٠ درجة

إعادة وضعية المريض (كل ساعتين على الوسادة العادية و كل أربع ساعات على الوسادة ذات توزيع الضغط)							
التاريخ							
الوقت							
الوضع							
الوقت							
الوضع							
الوقت							
الوضع							
الوقت							
الوضع							
الوقت							
الوضع							
الوقت							
الوضع							
الوقت							
الوضع							
الوقت							
الوضع							
الوقت							
الوضع							
الوقت							
الوضع							
الوقت							
الوضع							
الوقت							
الوضع							