

Name Of Hospital :

Initial Assessment

MRD No.

UHID :

Covid-19 Checklist:

1 Do you have symptoms such as fever, cough, sneezing, sore throat, fatigue, sense of smell, changes in taste, and body aches? क्या आपको बुखार, खांसी, छींक आना, गले में खराश, थकान, सूंघने की क्षमता, स्वाद में बदलाव और शरीर में दर्द जैसे लक्षण हैं?	Yes/No
2. Do you have difficulty of breathing? क्या आपको सांस लेने में तकलीफ होती है?	Yes/No
3. Have you travelled outside the country in the last 30 days? क्या आपने पिछले 30 दिनों में देश से बाहर यात्रा की है?	Yes/No
4. Have you traveled to other cities in India in 15 days? क्या आपने 15 दिनों में भारत के अन्य शहरों की यात्रा की है?	Yes/No
5. Were you a Covid-19 positive patient in the last two weeks? or suspect in a case of covid-19 ? क्या आप पिछले दो हफ्तों में कोविड-19 पॉजिटिव मरीज थे? या कोविड -19 के मामले में संदिग्ध?	Yes/No
6. Have you visited a health care facility in the past two weeks? क्या आपने पिछले दो सप्ताहों में स्वास्थ्य देखभाल केंद्र का दौरा किया है?	Yes/No

Request for Consultation:

Type of Admission First Time Continuation of Treatment Supportive Therapy
 प्रवेश का प्रकार पहली बार उपचार की निरंतरता सहायक चिकित्सा

Admitted Under : Dr. _____.

Reason for Admission - Emergency & Trauma Observation
 प्रवेश का कारण आपातकालीन और आघात अवलोकन

Patient Identification Band tied : Yes/No
 रोगी पहचान बैंड बंधे

Patient rights and responsibilities explained : Yes/No
 रोगी के अधिकार और जिम्मेदारियों की व्याख्या

Name Of Hospital :

Patient made Aware of Surrounding and safety measures : Yes/No

रोगी को आसपास और सुरक्षा उपायों के बारे में किया जागरूक

Medical and surgical History

Information Obtained from - Patient Old Chart Family
 से प्राप्त जानकारी रोगी पुराना चार्ट परिवार

Other,
 अन्य
 Specify : Name _____
 निर्दिष्ट करें : नाम _____
 Relation: _____
 रिश्ता _____

Level of Consciousness: Conscious Semi Conscious Un-conscious
 चेतना का स्तर चेतन अर्धचेतन अचेतन

Glasgow coma Scale

Behavior / व्यवहार	Response / प्रतिक्रिया	Score
Eye Opening Response आँख खोलने की प्रतिक्रिया	<input type="checkbox"/> No Response / कोई प्रतिक्रिया नहीं	1
	<input type="checkbox"/> To Pain / दर्द से	2
	<input type="checkbox"/> To Speech and Pain / वाणी और दर्द से	3
	<input type="checkbox"/> Spontaneously / अनायास	4
Best Verbal Response सर्वश्रेष्ठ मौखिक प्रतिक्रिया	<input type="checkbox"/> No Response / कोई जवाब नहीं	1
	<input type="checkbox"/> Incomprehensive Sound / अव्यावहारिक ध्वनि	2
	<input type="checkbox"/> Inappropriate Words / अनुचित शब्द	3
	<input type="checkbox"/> Confused / अस्पष्ट	4
	<input type="checkbox"/> Oriented to time, place and person / समय, स्थान और व्यक्ति के लिए उन्मुख	5

Initial Assessment

Name Of Hospital :

Best Motor Response सर्वश्रेष्ठ बाँड़ी मूवमेंट प्रतिक्रिया	<input type="checkbox"/> No Response / कोई जवाब नहीं	1
	<input type="checkbox"/> Abnormal Extension (Decerebrate) / असामान्य विस्तार (गहन निश्चेतना)	2
	<input type="checkbox"/> Abnormal Flexion (Decorticate) / असामान्य लचीलापन (उतारना)	3
	<input type="checkbox"/> Flexion withdrawal from pain / दर्द से लचीलापन वापसी	4
	<input type="checkbox"/> Moves to localized pain / स्थानीय दर्द में	5
	<input type="checkbox"/> Obeys Commands / आज्ञाओं का पालन	6
Total Score:		/15

Dependency: Independent Partially dependent Completely dependent
 निर्भरता स्वयं आंशिक रूप से आश्रित पूरी तरह से आश्रित

Mode of movement: Self Ambulance Wheel chair Stretcher Physical support
 आंदोलन का तरीका स्वयं रोगी वाहन व्हील चेयर स्ट्रेचर शारीरिक सहायता

Pain Assessment: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Where 1 is the least and 10 is the highest / जहाँ सबसे ज्यादा है 10 सबसे छोटा है और 1)

Location Of Pain : _____.

दर्द का स्थान

Initial Assessment

Name Of Hospital :

Fall Risk

<p>If patient has any of the following conditions, check the box and apply fall risk interventions as indicated. यदि रोगी को निम्न में से कोई भी स्थिति है, तो बॉक्स को चेक करें और संकेत के अनुसार गिरावट जोखिम हस्तक्षेप लागू करें</p>	
<p>Low fall risk / कम गिरावट का जोखिम</p>	
<p>Implement low fall risk interventions per protocol प्रति प्रोटोकॉल कम गिरावट जोखिम हस्तक्षेप लागू करें</p>	<p>Undone/Done पूर्ववत/हो गया</p>
<p>Complete paralysis or completely immobilized पूर्ण पक्षाघात या पूरी तरह से गतिहीन</p>	<p>Undone/Done पूर्ववत/हो गया</p>
<p>High fall risk / उच्च गिरावट जोखिम</p>	
<p>History of more than one fall within 6 months before admission प्रवेश से पहले 6 महीने के भीतर एक से अधिक गिरावट का इतिहास</p>	<p>No / Yes</p>
<p>Patient has experienced a fall during the hospitalization अस्पताल में भर्ती होने के दौरान रोगी को गिरने का अनुभव हुआ है</p>	<p>No / Yes</p>
<p>Patient is deemed high fall-risk per protocol such as seizure precaution रोगी को प्रति प्रोटोकॉल उच्च गिरावट-जोखिम माना जाता है जैसे जब्ती सावधानी</p>	<p>Undone/ Done पूर्ववत/हो गया</p>

Initial Assessment

Chief Complain / मुख्य शिकायत:

Fever /	बुखार	<input type="checkbox"/>
Loss of Smell	गंध की हानि	<input type="checkbox"/>
Diarrhoea	दस्त	<input type="checkbox"/>

Initial Assessment

Name Of Hospital :

Facial Deformity	चेहरे की विकृति	<input type="checkbox"/>
Cough	खाँसी	<input type="checkbox"/>
Loss of Taste	स्वाद की हानि	<input type="checkbox"/>
Weakness	कमजोरी	<input type="checkbox"/>
Breathlessness	सांस फूलना	<input type="checkbox"/>
Loss of Appetite	भूख में कमी	<input type="checkbox"/>
Power Loss in Limbs	शरीर के अंग में कमजोरी	<input type="checkbox"/>
Sore Throat	गला खराब होना	<input type="checkbox"/>
Vomitting	उल्टी	<input type="checkbox"/>
Slurred Voice	गंदी आवाज	<input type="checkbox"/>
Nausea	मतली	<input type="checkbox"/>
Delusion	माया	<input type="checkbox"/>
Fits of Anger	क्रोध प्रदर्शन	<input type="checkbox"/>
Depression	डिप्रेशन	<input type="checkbox"/>
Memory Loss	स्मृति लोप	<input type="checkbox"/>

Initial Assessment

Name Of Hospital :

Bleeding Disorder	खून बह रहा है	<input type="checkbox"/>
Migraine	माइग्रेन	<input type="checkbox"/>
Frequent Urination	जल्दी पेशाब आना	<input type="checkbox"/>
Swollen Join	सूजन जुड़ें	<input type="checkbox"/>
Weight Gain	भार बढ़ना	<input type="checkbox"/>
weight loss	वजन घटना	<input type="checkbox"/>
Body pain	बदन दर्द	<input type="checkbox"/>
Physical Injury	शारिरिक चोट	<input type="checkbox"/>
Other Symptoms	अन्य लक्षण _____ _____.	

Vitals

SPo2-	
RBS -	
Temp -	
Pulse-	
Blood Pressure	

Name Of Hospital :

Nutritional Screening

Weight /वज़न -

Height /ऊंचाई -

Does the patient have any weight loss/ Weight gain क्या रोगी का कोई वजन घट रहा है/वजन बढ़ रहा/	Yes/ No
Does the patient appear emaciated or BMI is Below <18.5 ? क्या रोगी क्षीण दिखाई देता है या बीएमआई < 18.5से नीचे है?	Yes/ No
Does the patient look Obese or BMI is above >30 क्या रोगी मोटा दिखता है या बीएमआई > . 30से ऊपर है	Yes/ No

Does the patient have any GL Symptoms like Constipation, Nausea, Diarrhea, Anorexia, Vomiting, chewing/swallowing difficulty affecting oral intake in last 2 weeks क्या रोगी को पिछले हफ्तों में कब्ज 2, मतली, दस्त, एनोरेक्सिया, उल्टी, चबाने / नाई जैसे मौखिक सेवन को प्रभावित करने वाले कोई जीएल लक्षणनिगलने में कठिन्हें	Yes/ No
Does the patient have any enteral tube feeding क्या रोगी के पास कोई एंटरल ट्यूब फीडिंग है	Yes/ No
Does the patient have any parenteral tube feeding क्या रोगी को कोई पैरेंट्रल ट्यूब फीडिंग है	Yes/ No

Food Pattern Followed:

खाद्य पैटर्न का पालन किया गया

Vegetarian
शाकाहारी

Eggetarian
अंडा खाने वाला

Non-vegetarian
मांसाहारी

Appetite:

खाने की क्षमता

Good Fair Poor Routinely Skips Meals

नियमित रूप से भोजन छोड़ देता है

General Consent Signed / सामान्य सहमति हस्ताक्षरित : Yes / No

Created By (Attending Nurse): _____ Created On : / / 20__ At _____.