

بسمه تعالی

## دستورالعمل اجرایی

# واحد آموزش و پیگیری بیمار

معاونت پرستاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دفتر ارتقای سلامت و خدمات پرستاری

تابستان ۱۴۰۳

## مقدمه

یکی از چالش‌های نظام‌های سلامت در سراسر جهان، افزایش بار ناشی از سالمندی، بیماری‌های مزمن، غیرواگیر و صعب‌العلاج است که به دلایلی نظیر افزایش امید به زندگی، تغییر سبک زندگی مردم همراه با افزایش مواجهه با بسیاری از عوامل خطر ایجاد گردیده‌اند. بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، بیماری‌های مزمن ریوی، سکته مغزی و دیابت نوع ۲، علل اصلی مرگ و میر و ناتوانی در جهان و ایران را تشکیل می‌دهند که انتظار می‌رود با گسترش شهرنشینی و شیوه زندگی صنعتی و نیز تغییر هرم سنی و پیر شدن جمعیت، در آینده‌ای نزدیک بر شیوع این بیماری‌ها افزوده گردد. با عنایت به پیامدهای ابتلا به بیماری‌های مزمن و تبعات و چالش‌های ناشی از آن، توجه به مدیریت مؤثر این بیماری‌ها ضرورت دارد که در این میان، یکی از اصلی‌ترین این راهبردها، آموزش به بیمار و خانواده و پیگیری بیماران مبتلا است.

از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج پس از ترخیص از بیمارستان، عدم تبعیت از درمان (عدم اجرای صحیح رژیم دارویی و رژیم غذایی، عدم پیگیری درمان)، سواد سلامت پایین، نارسایی نظام پیگیری پس از ترخیص و قطع ارتباط کادر درمان با بیمار و ماهیت پیچیده بیماری مزمن و ماهیت پیش رونده بیماری می‌باشد؛ لذا رفع چالش‌های مذکور به ویژه آموزش به بیمار و خانواده در خصوص نحوه مدیریت بیماری در منزل و خودمدیریتی از یک سو و پیگیری بیماران پس از ترخیص از بیمارستان جهت پایش اثربخشی آموزش و مراقبت‌های ارایه شده، حصول اطمینان از تبعیت بیمار از توصیه‌های ارایه شده، پاسخ به سؤالات و نیازهای احتمالی وی در راستای پیشگیری از مشکلات و بستری شدن‌های مجدد و مراجعات به اورژانس از سوی دیگر، ضرورت ایجاد ساز و کاری به منظور آموزش به بیمار و پیگیری پس از ترخیص را مطرح می‌نماید.

در پاسخ به این نیاز درک شده و بر اساس تحلیل اسناد بالادستی و لزوم افزایش هزینه اثربخشی مراقبت‌ها، کاهش بار هزینه‌های سلامت و اولویت برنامه‌های معاونت‌های پرستاری، همچنین افزایش اثربخشی مراقبت‌های پرستاری در بالین، تاسیس "واحد آموزش و پیگیری بیمار"<sup>۱</sup> به عنوان یکی از برنامه‌های کلیدی معاونت پرستاری در نظر گرفته شده که دستورالعمل اجرایی این واحد‌ها با تأکید بر نقش اصلی ارایه‌دهندگان خدمات سلامت در برنامه ریزی، اولویت بندی و اجرای برنامه‌های آموزش و پیگیری بیمار به شرح ذیل ابلاغ می‌شود.

شایان ذکر است این نسخه، جایگزین نسخه دوم دستورالعمل تاسیس "واحد آموزش و پیگیری بیمار" می‌باشد که طی نامه شماره ۱۳۹/۲۷۹/د مورخ ۱۴۰۲/۲/۶ جهت اجرا به دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی ابلاغ گردید.

<sup>۱</sup> Patient Education & Follow up Unit

## ۱- تعاریف

- ۱-۱- وزارت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۲-۱- معاونت: معاونت پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۳-۱- دانشگاه/ دانشکده: دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی
- ۴-۱- واحد آموزش و پیگیری بیمار: به واحدی مستقر در بیمارستان اطلاق می شود که طبق این دستورالعمل جهت انجام پیگیری و ارایه آموزش های خود مراقبتی و براساس نیازهای آموزشی و مراقبتی گیرندگان خدمت مطابق با شرح وظایف و اختیارات تعیین شده پرستاران دایر می گردد و از این پس در این دستورالعمل به عنوان واحد به آن اشاره می شود.
- ۵-۱- پرستار: پرستار به فردی اطلاق می شود که دوره آموزش پرستاری (کارشناسی، کارشناسی ارشد یا دکترا) را طبق ضوابط و برنامه های آموزشی شورای عالی برنامه ریزی آموزش عالی در یکی از دانشکده های مصوب شورای گسترش دانشگاه ها و یا دانشکده های معتبر داخل و یا خارج از کشور طی نموده و مدرک تحصیلی وی به تأیید اداره کل فارغ التحصیلان وزارت متبوع رسیده باشد.
- ۶-۱- گیرندگان خدمت: منظور از گیرندگان خدمت، بیماران ترخیص شده از بخش های بستری بیمارستان و بیماران سرپایی مراجعه کننده به درمانگاه های سرپایی و خانواده/ همراهان آنها هستند که جهت دریافت هر گونه خدمات آموزشی به واحد، ارجاع می شوند.
- ۷-۱- آموزش به بیمار: آموزش به بیمار در برگیرنده فعالیت های نظام مند و از پیش برنامه ریزی شده آموزشی در جهت آموزش رفتارهای مرتبط با سلامت در راستای دستیابی به حداکثر سلامتی و کسب استقلال در خودمراقبتی در بیماران و خانواده آنهاست که شامل آموزش های مرتبط با پیشگیری، ارتقای سلامت، فرآیندهای درمانی، توان بخشی و مراقبت تسکینی بوده و به منظور کمک به بیمار جهت تصمیم گیری آگاهانه در مورد مراقبت از خود و کسب مهارت خودمراقبتی و سایر پیامد های مطلوب سلامتی صورت می گیرد.
- ۸-۱- خود مراقبتی: عبارت از توانایی پیشگیری از بیماری، ارتقا و حفظ سلامت و مقابله با ناتوانی و بیماری، با یا بدون حمایت ارایه دهندگان مراقبت می باشد.
- ۹-۱- پیگیری بیمار: منظور، پیگیری بیماران مبتلا به بیماری های مزمن ترخیص شده از بخش های بستری بیمارستان یا مراجعه کننده به کلینیک های سلامت و سالمندی، دیابت، فشارخون، بیماری های غیر واگیر، سرطان و یا هر بیماری دیگری است که بر اساس نظر و سیاست مدیر پرستاری بیمارستان و یا نظر پزشکان معالج، نیاز به آموزش و پیگیری دارد. فرآیند پیگیری، با مشارکت تیم مراقبتی تخصصی، از هنگام مراجعه به واحد یا ترخیص از بیمارستان، آغاز و تا حداکثر یک سال پس از ترخیص از بیمارستان، توسط واحد های مذکور طراحی، اجرا و ارزشیابی می شود.

۱۰-۱- **بیماری مزمن / صعب العلاج:** بیماری طولانی مدتی است که تغییرات جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی در بیمار و خانواده ایجاد و کارکرد های آن ها را محدود می کند.

۱۱-۱- **مراکز درمانی و مراقبتی:** کلیه مراکز تحت پوشش دانشگاه/ دانشکده اعم از دولتی و غیر دولتی ( شامل بیمارستان های سازمان تامین اجتماعی، نفت، نیروهای مسلح، بانک ملی و دادگستری) می باشد که به بیماران سرپایی و بستری، خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی ارائه می نماید.

۱۲-۱- **پرستار مسئول بیمار:** پرستاری با حداقل تحصیلات کارشناسی پرستاری است که بر اساس نیاز بیماران/ مددجویان هر بخش و تصمیم سرپرستار/ مسئول نوبت کاری، برای یک یا چند بیمار تعیین شده و مسئولیت تمامی خدمات و مراقبت های پرستاری مورد نیاز بیماران طی آن نوبت کاری با او خواهد بود.

## ۲- هدف کلی

هدف از تاسیس این واحد ها، ارتقای سطح سلامت، پیشگیری در سطوح مختلف و بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت در جهت دستیابی به بالاترین سطح سلامتی ممکن و استقلال در خود مراقبتی در بیماران ترخیصی از بیمارستان و خانواده آن ها می باشد.

## ۳- مسئول واحد

این واحد زیر نظر مدیر خدمات پرستاری بیمارستان (مترون) اداره می شود و مسئولیت آن بر عهده سوپروایزر آموزش سلامت/ آموزشی می باشد.

تبصره ۱: بیمارستان های آموزشی می توانند از ظرفیت اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی به عنوان مسئول واحد استفاده کنند.

## ۴- شرح وظایف مسئول واحد

۱-۴. هماهنگی با مسئولین بیمارستان جهت تامین فضای فیزیکی مناسب و تجهیزات و بودجه برای شروع و تداوم فعالیت واحد

۲-۴. مدیریت (برنامه ریزی، پایش و ارزشیابی) واحد

۳-۴. نظارت بر ارجاع مناسب بیماران از طریق بخش به واحد

۴-۴. همکاری با دفتر پرستاری جهت انتخاب و ارزیابی عملکرد پرستار/ پرستاران واجد شرایط جهت فعالیت در واحد

۵-۴. تهیه و تنظیم برنامه کاری واحد و نظارت بر حسن انجام آن

۶-۴. نظارت بر تهیه محتوا و استفاده از ابزار های کمک آموزشی مناسب

۷-۴. پایش و ارزشیابی مستمر اثر بخشی آموزش های ارائه شده

۸-۴. ارزشیابی و ارائه نتایج پایش شاخص های اثربخشی واحد به مبادی ذیربط و تعیین اقدامات اصلاحی مناسب

۹-۴. نظارت بر پیگیری پس از ترخیص بیماران واجد شرایط

۱۰-۴. حضور مستمر و فعال در نوبت کاری مشخص شده

۱۱-۴. تدوین و به روز رسانی برنامه راهبردی و عملیاتی آموزش سلامت (آموزش به بیمار) در مرکز درمانی

۱۲-۴. انجام/ مشارکت در طرح های پژوهشی در خصوص اثربخشی و ارتقای آموزش سلامت و استفاده از نتایج حاصله در

بهبود خدمات مرکز

۱۳-۴. برنامه ریزی و هماهنگی لازم برای آموزش و توانمندسازی کارکنان شاغل در واحد

۱۴-۴. تهیه گزارش و تحلیل عملکرد واحد بر اساس شاخص های ابلاغی

## ۵- شرایط احراز پرستار واحد

۱-۵. دارا بودن مدرک کارشناسی پرستاری و بالاتر

تبصره ۱: در صورت وجود پرستار با مدرک کارشناسی ارشد در بیمارستان، اولویت بکارگیری با این پرستاران است.

۲-۵. دارا بودن حداقل دو سال سابقه کار بالینی برای پرستاران با مدرک کارشناسی ارشد و حداقل ۴ سال برای پرستاران با

مدرک کارشناسی

۳-۵. داشتن پروانه صلاحیت حرفه ای

۴-۵. گذراندن دوره های آموزشی ضمن خدمت/ کوتاه مدت در زمینه آموزش به بیمار و خانواده (ارتباط مؤثر، طراحی برنامه

آموزشی، مراقبت تسکینی، مراقبت در منزل و دوره های آموزشی مرتبط با پرستاری بیماری های غیرواگیر)

تبصره ۲: در بیمارستان های تک تخصصی زنان، کارشناس شاغل در واحد، می تواند "ماما" باشد. سایر موارد شامل مدرک

تحصیلی و سابقه خدمت، بر اساس بندهای فوق الذکر می باشد.

تبصره ۳: در صورتی که دانشجویان تحصیلات تکمیلی پرستاری حایز شرایط فوق باشند، می توانند زیر نظر مسئول واحد و با

هماهنگی عضو هیأت علمی پرستاری (مربی بلافصل) در قالب واحد کارورزی خدمات لازم را ارایه نمایند.

تبصره ۴: در بیمارستان های تک تخصصی زنان، در صورتی که دانشجویان تحصیلات تکمیلی مامایی حایز شرایط فوق باشند،

می توانند زیر نظر مسئول واحد و با هماهنگی عضو هیأت علمی پرستاری/ مامایی (مربی بلافصل) در قالب واحد کارورزی

خدمات لازم را ارایه نمایند.

## ۶- ساعت کاری واحد

بیمارستان می تواند متناسب با تعداد بیماران ترخیصی، ساعت کاری را در یک یا دو نوبت کاری (صبح یا عصر) تعیین

نماید.

## ۷- شرح وظایف پرستار واحد

- ۱-۷. بررسی و نیازسنجی نیاز های آموزشی بیمار و خانواده
  - ۲-۷. تعیین و ثبت اولویت های آموزشی بیمار و خانواده
  - ۳-۷. برنامه ریزی برای جلسات آموزش گروهی
  - ۴-۷. مشارکت در تهیه محتوا و رسانه مناسب و روزآمد برای آموزش بیمار و خانواده
  - ۵-۷. به کارگیری محتواها و مواد آموزشی تهیه شده
  - ۶-۷. ارزشیابی اثربخشی آموزش های ارائه شده به بیمار و خانواده
  - ۷-۷. مشاوره با پزشک یا پرستاران تخصصی برای ارائه آموزش های تخصصی در صورت نیاز
  - ۸-۷. ارائه گزارش عملکرد واحد به مسئول واحد در بازه های زمانی مشخص
  - ۹-۷. مشارکت و همکاری در طرح های پژوهشی با مراکز آموزشی و پژوهشی
  - ۱۰-۷. پیگیری تلفنی جهت بررسی و ارزیابی بیمار از نظر اثربخشی آموزش های ارائه شده و نیازهای پس از ترخیص
  - ۱۱-۷. هماهنگی جهت ارجاع بیمار به مراکز مراقبت در منزل، مراکز مراقبت تسکینی یا مراقبت طولانی مدت
- تبصره: مسئولیت آموزش محتوای آموزشی مورد نیاز به بیمار/ خانواده در زمان بستری، بر عهده پرستار مسئول بیمار در بخش بستری است.

## ۸- جبران خدمت پرستار واحد

جبران خدمت پرستار/ پرستاران شاغل در واحد، مطابق آخرین نسخه ابلاغی دستورالعمل نحوه ی پرداخت کارانه گروه پرستاری شاغل در مراکز درمانی می باشد.

## ۹- زیرساخت های لازم جهت واحد

### ۹-۱. فضای فیزیکی

- ۱-۱-۹. حداقل فضا برای تاسیس واحد شامل یک اتاق به متراژ ۱۸ متر مربع می باشد.
- ۲-۱-۹. فضای واحد باید مختص به واحد بوده و وجود محلی برای انتظار بیماران و همراهان ضروری است.
- ۳-۱-۹. نصب بنر با ذکر نام واحد در ورودی های بیمارستان و درمانگاه و نصب تابلوی واحد، الزامی است.

### ۹-۲. نیروی انسانی

- ۱-۲-۹. حداقل پرسنل مورد نیاز واحد، یک نفر پرستار واجد شرایط بند ۵ می باشد.
- ۲-۲-۹. محاسبه پرسنل واحد بر اساس موارد زیر انجام می شود:

۹-۲-۳. در بیمارستان هایی که تعداد بیماران ترخیصی ماهانه آنها در بیماری/بیماری های مورد نظر، بین ۵۰ تا ۱۰۰ نفر باشد، یک پرستار در نظر گرفته شده و پس از آن، به ازای هر ۳۰۰ نفر ترخیصی در ماه، یک پرستار به واحد اضافه می شود.  
تبصره ۱: حسب نیاز، پرستار واحد می تواند طی انجام هماهنگی های قبلی، بیماران را به واحدهای تغذیه، مددکاری، روانشناسی و پزشک متخصص و هر واحد مرتبط دیگری در آن بیمارستان ارجاع دهد.  
تبصره ۲: در صورت وجود کارشناس ارشد روان پرستاری، جهت مشاوره سلامت روان بیماران از این پرستاران استفاده شود.

تبصره ۳: صدور ابلاغ برای پرستاران واحد، به پیشنهاد سوپروایزر آموزش سلامت/آموزشی و با تایید مدیر خدمات پرستاری بیمارستان (مترون) و با امضای معاون درمان یا رئیس بیمارستان انجام می شود.  
تبصره ۴: در مواردی که رایحه خدمت، جزء موارد فوق تخصصی باشد (مانند بخش های انکولوژی، پیوند اعضا، مراقبت ویژه نوزادان)، ضروری است یک نفر از پرستاران رایحه دهنده خدمت در همان بخش، متولی آموزش و پیگیری بیمار باشد. شایان ذکر است این افراد، بایستی زیر نظر مسئول واحد فعالیت نموده و اطلاعات و گزارش ها، در قالب فرم های مصوب واحد، جمع آوری و ارسال گردد.

### **۹-۳. تجهیزات و امکانات آموزشی و کمک آموزشی**

۹-۳-۱. حداقل تجهیزات مورد نیاز واحد شامل یک دستگاه کامپیوتر با تجهیزات جانبی، خط تلفن آزاد، یک دستگاه تلفن، سیم کارت و تبلت جهت پیگیری بیماران و اختصاص اینترنت جهت ارتباط با بیماران از طریق فضای مجازی است.  
۹-۳-۲. تامین تجهیزات اداری و آموزشی، ابزارهای کمک آموزشی و رسانه های آموزشی ضروری است.  
تبصره: جهت برگزاری جلسات گروهی آموزش به بیمار، کلاس یا سالن کنفرانس در نظر گرفته شود.

### **۱۰- فرآیند ارائه خدمت / گام های اجرایی در واحد**

#### **۱۰-۱. نحوه ارجاع به واحد و مستندات پرونده بیمار**

۱۰-۱-۱. پس از انجام مراحل ترخیص از بخش بستری و تکمیل آموزش های لازم و تخصصی که از بدو بستری در بخش، توسط پرستار مسئول و پزشک معالج ارائه شده، اطلاعات بیمار توسط سرپرستار مربوطه به واحد، ارسال می شود.  
۱۰-۱-۲. به منظور کم شدن الزام تردد بیماران در واحدهای مختلف بیمارستان، بهتراست فرایند ارجاع بیمار به واحد، قبل از تکمیل فرایند ترخیص، در HIS بیمارستان ثبت و شماره پیگیری و شماره تماس واحد به بیمار پیامک شود و یا فیزیک مدارک و مستندات لازم، تحویل گردد تا فقط در صورت ضرورت، مراجعه حضوری صورت گیرد.  
۱۰-۱-۳. ارجاع بیمار به واحد، با استفاده از فرم ارجاع (فیزیکی/الکترونیک) از بخش های بستری یا فرم ارجاع پزشک درمانگاه می باشد.  
۱۰-۱-۴. در فرم ارجاع پزشک باید خلاصه ای از درمان های انجام شده، دستورات پزشک و نیازهای آموزشی بیمار که توسط پزشک شناسایی شده، قید گردد.

تبصره: حداقل اطلاعات مندرج در خلاصه پرونده بیمار شامل شکایت اصلی بیمار، علت پذیرش/ بستری، تشخیص اولیه و نهایی، اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایش ها و پاراکلینیک، فهرستی از خدمات ارایه شده، داروها، سیر بیماری، و وضعیت بیمار هنگام ترخیص و توصیه های پس از ترخیص می باشد.

۱۰-۵. اطلاعات بیماران معرفی شده به واحد در فرم های مربوطه، بسته به شرایط بیمارستان، در HIS یا به صورت الکترونیک/ دستی ثبت می گردد.

۱۰-۶. پرونده آموزشی و پیگیری بیماران مراجعه کننده به واحد به صورت الکترونیک/ دستی تکمیل می گردد.  
تبصره: پرونده بیماران شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی، نیازسنجی آموزشی بیمار، عناوین اصلی آموزش داده شده، ارزشیابی یادگیری، پیگیری بیمار، مواد آموزشی ارایه شده به بیمار و ارجاع بیمار به سایر مراکز (در صورت نیاز) می باشد.

۱۰-۷. لازم است برنامه های مدون آموزشی جهت بیماری های شایع هر منطقه توسط پرستار واحد، اجرا گردد.

## **۲-۱۰. بیماران گروه هدف**

۱۰-۲-۱. مشمولین دریافت خدمات پیگیری در این دستورالعمل، بزرگسالان شامل افراد مبتلا به بیماری های مزمن/ صعب العلاج شامل بیمار مبتلا به نارسایی احتقانی قلبی (CHF)، بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریوی (COPD)، بیمار دچار سکته مغزی (CVA)، بیمار مبتلا به سکته قلبی (MI)، بیمار مبتلا به پرفشاری خون (HTN)، بیمار مبتلا به دیابت، بیمار مبتلا به سرطان، بیمار دچار سوختگی، بیمار مبتلا به اختلالات روانپزشکی، بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی و بیماران تحت آمپوتاسیون (پیوست های ۱-۱۱) ارجاع شده از بخش های بستری یا درمانگاه می باشند.

تبصره ۱: بیمارستان با توجه به ظرفیت، سیاست های داخلی و نظر پزشکان معالج، می تواند بر اساس دستورالعمل مشخص و مدون، به بیماران مبتلا به سایر بیماری ها بر اساس پرسشنامه و سطح بندی های مشخص و مورد تایید، خدمات آموزشی و پیگیری ارایه نماید.

تبصره ۲: پرسشنامه و سطح بندی های تهیه شده توسط بیمارستان، باید به تایید گروه پزشکی و گروه پرستاری مرتبط در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه/ دانشکده برسد.

۱۰-۲-۲. پرسشنامه های مربوطه (پیوست های ۱-۱۱) از طریق مصاحبه تلفنی با بیمار ترخیصی یا یکی از افراد خانواده/ مراقب بیمار در منزل، بر اساس نوع بیماری جهت پیگیری، تکمیل می گردد.

۱۰-۲-۳. سطح بندی بیماران و تعیین تواتر پیگیری بیماران بر اساس فرم های سطح بندی (پیوست های ۱۲-۲۰) انجام می شود.

۱۰-۲-۴. مستندات مرتبط با اقدامات انجام شده در فرم های مربوطه ثبت می شود.

۱۰-۲-۵. یک نسخه از خلاصه پرونده، در پرونده بیمار نزد پرستار واحد، تا زمان راه اندازی برنامه در بستر HIS و الکترونیک سازی خدمات واحد، بایگانی می گردد.



تبصره: ثبت و نگهداری پرونده بیمار تا زمان راه اندازی برنامه در بستر HIS و الکترونیک سازی خدمات واحد، با همکاری واحد مدارک پزشکی بیمارستان و با رعایت استانداردهای مربوطه، انجام می شود.

### **۳-۱۰. تواتر آموزش و پیگیری بیمار**

تواتر پیگیری بر اساس نوع بیماری طی سه روز بعد از ترخیص شروع و بر اساس نظر پزشک معالج یا به شرح ذیل تعیین می گردد:

۱۰-۳-۱. در بیمارانی که هنگام تکمیل فرم پیگیری، هیچ یک از علائم و هشدارهای اصلی وجود نداشته باشد، پیگیری در ماه اول هر دو هفته و از آن به بعد ماهانه/ فصلی حداکثر تا یک سال انجام می شود.

تبصره ۱: در صورتی که تواتر آموزش و پیگیری بیمار توسط پزشک معالج تعیین شده باشد، تواتر و چگونگی آموزش و پیگیری وی، بر اساس دستور کتبی پزشک انجام شود.

تبصره ۲: در صورتی که تواتر آموزش و پیگیری تعیین شده توسط پزشک، جهت رساندن بیمار به سطح مطلوب خود مراقبتی کافی نباشد، بر اساس تشخیص پرستار واحد، آموزش و پیگیری می تواند تا زمان حصول اطمینان از توانایی خودمدریتی بیمار، تداوم یابد.

۱۰-۳-۲. سطح بندی بیماران جهت تعیین تواتر آموزش و پیگیری بیماران در بزرگسالان مبتلا به بیماری های مزمن/ صعب العلاج شامل نارسایی احتقانی قلبی (CHF)، بیماری مزمن انسدادی ریوی (COPD)، سکته مغزی (CVA)، سکته قلبی (MI)، پرفشاری خون (HTN)، دیابت، سرطان، سوختگی، اختلالات روانپزشکی، نارسایی مزمن کلیوی و افراد دچار آمپوتاسیون بر اساس پیوست های ۲۰-۱۲ انجام می شود.

تبصره ۱: فرم های سطح بندی، در این نسخه به صورت آزمایشی بوده، لذا قابلیت بکارگیری و سهولت استفاده از آن ها در قالب گزارش های ادواری به معاونت، گزارش گردد.

تبصره ۲: فرم های سطح بندی در افراد دارای پر فشاری خون و افراد دچار سکته قلبی، متعاقباً ارسال می گردد.

۱۰-۳-۳. تواتر پیگیری بر اساس نوع بیماری از سه روز تا یک سال پس از ترخیص و بر اساس نوع و کلاس بیماری های منتخب و تا زمانی که کارشناس واحد به یقین در مورد توانمندی بیمار در زمینه خودمدریتی رسیده باشد، به شرح زیر تعیین می شود:

**ناحیه سبز:** پیگیری بیماران قرار گرفته در ناحیه سبز، ماهی دو بار انجام شود.

**ناحیه زرد:** پیگیری بیماران قرار گرفته در ناحیه زرد، حداقل هفته ای یک بار انجام شود. در شرایط بحرانی تر، تواتر بر اساس تشخیص پرستار واحد یا پزشک معالج تعیین می گردد.

**ناحیه قرمز:** ضمن توصیه به مراجعه فوری به اورژانس بیمارستان، حداکثر تا ۶ ساعت بعد پیگیری تلفنی انجام شود.

تبصره ۱: پیگیری این بیماران پس از ترخیص از بیمارستان، هفته ای دو بار تا زمان قرارگیری در ناحیه سبز، انجام می شود.

تبصره ۲: بر اساس وضعیت بیمار، دستور پزشک یا تشخیص پرستار واحد، پیگیری در بازه زمانی طولانی تر، بلامانع است.

#### **۴-۱۰. غربالگری خانواده بیماران گروه هدف**

- ۱۰-۱. در راستای پیشگیری، تشخیص به هنگام و جلوگیری از پیشرفت بیماری، ضروری است خانواده بیماران مبتلا به سرطان پستان و کولورکتال، طبق دستورالعمل کشوری غربالگری، مورد بررسی قرار گیرند.
- ۱۰-۲. انجام غربالگری خانواده این بیماران از طریق ارجاع/ معرفی به کلینیک ها، درمانگاه ها و مراکز تحقیقاتی مربوطه انجام می گردد.
- ۱۰-۳. بیمارستان می تواند با مراکز تحقیقاتی مرتبط، تفاهم نامه ای مبنی بر نحوه ارجاع و انجام غربالگری و اعلام نتایج غربالگری های انجام شده به واحد، منعقد نماید.
- ۱۰-۴. ضروری است در جهت مدیریت بیماران صعب العلاج، اطلاعات این بیماران در سامانه ای که معاونت درمان وزارت مشخص نموده است، ثبت گردد.
- ۱۰-۵. در صورت امکان، آن دسته از اعضای خانواده بیماران مبتلا به سرطان پستان یا کولورکتال که در معرض خطر تلقی می شوند، به مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده معرفی گردند تا پیگیری های بیشتر انجام شود.
- ۱۰-۶. معرفی این بیماران تا زمان اتصال خدمات این واحد به سامانه سیب/ سامانه های معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده، در قالب ارایه معرفی نامه انجام می شود.

#### **۱۱- فرآیند ارزشیابی واحد**

##### **۱۱-۱. گزارش عملکرد واحد**

- ۱۱-۱. جمع بندی، تحلیل و ارسال نتایج خدمات ارایه شده در واحد شامل تحلیل نقاط قوت، نقاط قابل ارتقا و اقدامات اصلاحی، در پایان هر فصل به مدیر خدمات پرستاری بیمارستان جهت ارسال به مدیریت پرستاری دانشگاه انجام می گردد.
- ۱۱-۲. تکمیل فایل اکسل مربوط به شاخص های ارزشیابی، به صورت فصلی (هر سه ماه یکبار) توسط بیمارستان ها و ارسال به دفتر پرستاری ستاد دانشگاه/ دانشکده ضرورت دارد.
- ۱۱-۳. جمع بندی، تحلیل و ارسال نتایج خدمات ارایه شده در واحد های مستقر در بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه/ دانشکده در دو نوبت (یک نوبت، شش ماهه اول سال و یک نوبت، عملکرد کل سال) توسط دفتر پرستاری ستاد دانشگاه/ دانشکده تا زمان الکترونیک سازی خدمات واحد، از طریق تکمیل فایل اکسل به معاونت پرستاری وزارت متبوع ارسال می گردد.

## **۲-۱۱. پایش و ارزشیابی واحد**

۱۱-۲-۱. ارزشیابی واحد توسط دفتر پرستاری ستاد دانشگاه/ دانشکده از طریق چک لیست ابلاغی معاونت پرستاری (پیوست شماره ۲۲) انجام می گردد.

۱۱-۲-۲. هر دانشگاه/ دانشکده با توجه به تعداد بیمارستان های تحت پوشش خود، چک لیست ارزشیابی واحد را حداقل یک بار در هر فصل و در دانشگاه های بیشتر از هشت بیمارستان، حداقل یکبار در سال، تکمیل می نماید.

۱۱-۲-۳. تعیین اثربخشی فعالیت های واحد آموزش و پیگیری بیمار، با مشارکت واحد بهبود کیفیت، واحد آمار و برنامه ریزی و روابط عمومی بیمارستان انجام می شود.

۱۱-۲-۴. در جهت ارتقای شاخص های واحد، ضروری است دفتر پرستاری ستاد دانشگاه/ دانشکده نسبت به ارائه گزارش تحلیلی واحد به مبادی ذیربط اقدام نماید.

## **۱۲- شاخص های ارزشیابی**

در راستای ارزشیابی خدمات ارائه شده در واحد، شاخص های طراحی شده به شرح ذیل اعلام می گردد. شنا سنامه شاخص ها در قالب پیوست شماره ۲۱ ارائه شده است.

۱۲-۱. درصد بیماران ترخیصی که در بازه زمانی یک ماهه پس از ترخیص نیاز به بستری مجدد مرتبط با بیماری پیدا نمودند

۱۲-۲. درصد تعداد مراجعات برنامه ریزی نشده مرتبط با بیماری در بیماران ترخیصی به اورژانس یا درمانگاه (همان بیمارستان یا سایر مراکز درمانی)

۱۲-۳. درصد رضایتمندی بیماران ترخیصی و خانواده آن ها از خدمات واحد

۱۲-۴. درصد بیماران پیگیری شده توسط واحد

۱۲-۵. درصد افراد ارجاع شده برای انجام غربالگری پستان/ کولورکتال به کل افراد مبتلا به سرطان پستان/ کولورکتال پیگیری شده توسط واحد

## **۱۳- اتصال واحد به مراکز خدمات جامع سلامت (PHC)**

در راستای حفظ و ارتقای خودمراقبتی در بیماران پیگیری شده توسط واحد، دفتر ارتقای سلامت و خدمات پرستاری معاونت پرستاری، با همکاری و مشارکت مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر معاونت بهداشت وزارت متبوع، در صدد است نسبت به اتصال واحد های مذکور به مراکز خدمات جامع سلامت اقدام نماید. بدیهی است شیوه نامه نحوه اتصال واحد با مراکز ارائه مراقبت های بهداشتی اولیه پس از تدوین، ابلاغ می گردد.

#### ۱۴- نکات قابل توجه جهت تکمیل فایل اکسل گزارش عملکرد واحد:

- ۱-۱۴. به عنوان درج شده بر روی شیت های فایل اکسل توجه شود تا از مرتبط بودن عدد شاخص های ثبت شده با عنوان شاخص، اطمینان حاصل گردد.
  - ۲-۱۴. تعداد پیگیری های انجام شده در هر بیماری در شاخص های اول تا سوم، با تعداد بیماران پیگیری شده در هر بیماری در شاخص ۴ (تعداد پیگیری های انجام شده به کل ترخیصی های انجام شده در بیماری های منتخب/ بیماری های مد نظر بیمارستان) یکسان باشد.
  - ۳-۱۴. تعداد موارد بستری مجدد، رضایتمندی از خدمات و مراجعات برنامه ریزی نشده صرفاً در بیماران پیگیری شده (نه تمام ترخیصی های بیمارستان) انجام می شود.
  - ۴-۱۴. بیماران مورد پیگیری در هر بیماری، بایستی با تشخیص قطعی همان بیماری، ترخیص شده باشند. به عنوان مثال، هر بیماری با تشخیص بیماری های قلبی و عروقی، الزاماً بیمار مبتلا به نارسایی قلبی محسوب نمی شود و تنها بیمارانی در این گروه قرار می گیرند که با تشخیص قطعی نارسایی قلبی از بیمارستان ترخیص شده باشند.
  - ۵-۱۴. بیمارانی که با تشخیص یکی از بیماری های منتخب مندرج در دستورالعمل ترخیص شده اند، ولی دارای بیماری های زمینه ای نظیر فشارخون یا دیابت هستند، به دلیل تعدد مشکلات، پلی فارماسی و سایر چالش ها، در اولویت پیگیری نمی باشند، مگر بیمارستان شرایط لازم برای پیگیری را داشته باشد.
  - ۶-۱۴. تعداد پیگیری ثبت شده نبایستی از تعداد ترخیصی های همان بیماری، بیشتر باشد.
  - ۷-۱۴. بیمارانی در شاخص بستری مجدد محاسبه می شوند که در بازه زمانی یک ماه پس از ترخیص، صرفاً به دلیل پیشرفت، عود و یا عوارض ناشی از همان بیماری بستری شده باشند.
  - ۸-۱۴. جمع کل هر ستون در انتهای هر شیت، محاسبه و ثبت گردد.
  - ۹-۱۴. انتخاب بیماری های مورد نظر در هر بیمارستان بر اساس فراوانی آن بیماری در آن بیمارستان بوده و نیازی به انجام پیگیری در تمام ۱۱ بیماری منتخب در هر بیمارستان نمی باشد.
  - ۱۰-۱۴. اولویت پیگیری با بیماری های منتخب مندرج در دستورالعمل است.
  - ۱۱-۱۴. ضروری است بیمارستان و دانشگاه/ دانشکده در پایان هر فصل شاخص های محاسبه شده را بررسی و نقاط قوت و ضعف، چالش ها، فرصت ها و تهدیدهای پیش رو را احصا و در جهت رفع و ارتقای آنها اقدامات لازم را معمول نماید.
- این دستورالعمل مشتمل بر ۱۴ ماده ۲۰ تبصره و ۲۲ پیوست تدوین و از تاریخ ابلاغ در تمامی بیمارستان ها و مراکز درمانی دولتی و غیر دولتی لازم الاجرا می باشد.

# پیوست ها

**پیوست ۱**

**بیمار تحت آمپوتاسیون**

| الف. اطلاعات بیمار                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| نام و نام خانوادگی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | نام پدر: سن (سال): تاریخ ترخیص:                                                                                                                                                                                                                                    |
| کد ملی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | فرد مصاحبه شونده: بیمار <input type="checkbox"/> همراه/ مراقب بیمار <input type="checkbox"/> نام همراه/مراقب:                                                                                                                                                      |
| شماره تماس بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | شماره تماس همراه/ مراقب بیمار:                                                                                                                                                                                                                                     |
| وضعیت تاهل:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | شغل: تحصیلات: نوع بیمه:                                                                                                                                                                                                                                            |
| محل سکونت بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | منزل شخصی <input type="checkbox"/> مراکز نگهداری <input type="checkbox"/> منزل فرزندان <input type="checkbox"/> سایر .....:                                                                                                                                        |
| ب. اطلاعات بالینی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| تشخیص بیماری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | تاریخ بستری: بخش بستری: تعداد روزهای بستری در بیمارستان:                                                                                                                                                                                                           |
| علت آمپوتاسیون:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | دیابت <input type="checkbox"/> اختلالات عروقی <input type="checkbox"/> سایر .....:                                                                                                                                                                                 |
| حساسیت:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> حساسیت به داروها <input type="checkbox"/> باذکر نام..... مواد غذایی <input type="checkbox"/> باذکر نام.....                                                                                           |
| عوامل محیطی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | باذکر نام..... سایر.....:                                                                                                                                                                                                                                          |
| ج. بررسی وضعیت جسمی بیمار                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| اختلال حرکتی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، از کدام وسیله استفاده می کند؟ واکر <input type="checkbox"/> عصا <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/>                           |
| درد:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟                                                                                                                                           |
| در مورد این بیماری کدام اقدام/اقدام هایی را انجام داده است؟<br>۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند.<br>۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند.<br>۳- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند.<br>۴- خود درمانی انجام می دهد.<br>۵- اقدامی انجام نداده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | در صورت بلی، کدام بیماری؟<br>دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون: .....<br>فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون: .....<br>کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود) |
| زخم بستری: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> درجه بندی: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| د- بررسی وضعیت روانی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| اختلال روانی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل..... آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                   |
| نام داروها: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| اختلال حافظه:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو: .....                                                                                                    |
| اختلال خواب:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو: .....                                                                                                    |
| ه- علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| تنگی نفس <input type="checkbox"/> ضعف <input type="checkbox"/> خستگی <input type="checkbox"/> تپش قلب <input type="checkbox"/> افزایش وزن <input type="checkbox"/> کاهش وزن <input type="checkbox"/> بی اشتها <input type="checkbox"/> بی خوابی <input type="checkbox"/> تورم اندام ها <input type="checkbox"/> درد <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/><br>بیبوست <input type="checkbox"/> بی اختیاری ادرار <input type="checkbox"/> بی اختیاری مدفوع <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> پر ادراری <input type="checkbox"/> آنوری <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> مشکلات پوستی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> عفونت <input type="checkbox"/> سایر ..... |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| و- تواتر پیگیری                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| طی سه روز بعد از ترخیص <input type="checkbox"/> هر هفته یکبار <input type="checkbox"/> هر دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> ماهی یکبار <input type="checkbox"/> سایر.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ز- بررسی وضعیت عمومی و خود مراقبتی بیمار (این قسمت در هر بار پیگیری تلفنی پرسیده شود)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ۱- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ( حداقل ۳ علامت را نام ببرد.)                                                                                                                                                                            |
| ۲- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (نام داروها را بگوید.)                                                                                                                                                                                   |
| ۳- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد.)                                                                                                                                                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده صحیح و طبق دستور پزشک و استفاده از جعبه قرص شود.)                                                                                                              |
| ۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است؟                                                                                                                                        |
| ۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                                                                                                                                  |
| ۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند (در صورت وجود درد).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                                                                                                                                  |
| ۸- راهکارهای پیشگیری و مدیریت علائم مندرج در بخش "ه" را می داند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                                                                                                                                  |
| ۹- شرایط زخم اندام آمپوته شده را توضیح می دهد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ترشح <input type="checkbox"/> بو <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> قرمزی <input type="checkbox"/> بخیه <input type="checkbox"/> ...<br>رنگ زخم <input type="checkbox"/> ...<br>در صورت وجود مورد غیر طبیعی چه اقدامی انجام داده است؟ |
| ۱۰- پوزیشن های مناسب بعد از آمپوتاسیون را می داند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                    |
| ۱۱- زمان و نحوه تعویض پانسمان استامپ را بر اساس دستور جراح می داند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                    |
| ۱۲- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می داند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است؟                                                                                                                                                |
| ۱۳- اقدامات لازم در صورت بروز علائم خطر را بیان می کند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۵ مورد را نام ببرد.)                                                                                                                                                                        |
| ۱۴- در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد.)                                                                                                                                                                |
| ۱۵- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با بیماری به اورژانس مراجعه کرده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است؟..... علت مراجعه.....                                                                                                                                        |
| ۱۶- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چه مشکلی؟.....                                                                                                                                                                        |
| ۱۷- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟                                                                                                                                                                                         |
| ۱۸- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                    |
| ۱۹- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....                                                                                                                                                                    |
| ۲۰- بیمار دستورات/پیشنهادهای قبلی مشاوره تلفنی را اجرا کرده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                    |
| ۲۱- بیمار نسبت به تصویر ذهنی از خود آگاهی دارد و با شرایط موجود کنار آمده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                    |
| <b>ح- ارزیابی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطه: دارو <input type="checkbox"/> فعالیت <input type="checkbox"/> علائم هشدار دهنده <input type="checkbox"/> خودمراقبتی <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>نکات مورد توجه</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| - ضروری است قبل از تکمیل پرسشنامه، از بیمار بخواهید تمام داروهایی را که استفاده می کند اعم از داروهایی که در زمان ترخیص تجویز شده و داروهایی که خودش بدون نسخه تهیه کرده و می خورد از جمله ویتامین ها و داروهای گیاهی، در دسترس او باشد.<br>- در هر مورد (بررسی وضعیت جسمی/ پرسشنامه) که بیمار اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به صورت روان و راحت به او داده و سپس بازخورد گرفته شود.<br>- از بیمار یا مراقب وی بخواهید هر سؤالی که دارد از شما بپرسد و این اطمینان را به بدهید که شما بطور کامل پاسخگو هستید. |                                                                                                                                                                                                                                                              |

- شماره تماسی در اختیار بیمار/مراقب وی قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در هر زمان از شما بپرسد.
- شروع پیگیری بیمار طی سه روز اول پس از ترخیص و بر اساس تواتر مشخص شده، می باشد.
- اگر بیمار هرگونه علائمی که با روش های توصیه شده معمول قابل مدیریت نباشد (علائم قلبی تنفسی، اختلال سطح هوشیاری، اختلالات حسی و حرکتی، تب و نظایر آن) داشته باشد، لازم است در اسرع وقت به مرکز درمانی مراجعه کند.

| تاریخ تماس | نتیجه تماس                                                    | علت عدم پاسخ | ساعت شروع مکالمه | ساعت پایان مکالمه | نام پرستار پیگیری | امضا |
|------------|---------------------------------------------------------------|--------------|------------------|-------------------|-------------------|------|
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |



**پیوست ۲**

**بیمار مبتلا به سرطان**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                               |                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>الف- اطلاعات بیمار</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                               |                                                        |
| نام و نام خانوادگی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | نام پدر:                                                                                                      | سن (سال):                                              |
| کد ملی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | فرد مصاحبه شونده: بیمار <input type="checkbox"/> همراه/ مراقب بیمار <input type="checkbox"/> نام همراه/مراقب: |                                                        |
| وضعیت تاهل:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | شغل:                                                                                                          | تحصیلات:                                               |
| شماره تماس:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                               |                                                        |
| شماره تماس همراه/ مراقب بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                               |                                                        |
| محل سکونت بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                               |                                                        |
| منزل شخصی <input type="checkbox"/> مراکز نگهداری <input type="checkbox"/> منزل فرزندان <input type="checkbox"/> سایر .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                               |                                                        |
| <b>ب- اطلاعات بالینی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                                        |
| تشخیص بیماری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                               |                                                        |
| بخش بستری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                               |                                                        |
| زمان تشخیص:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                               |                                                        |
| تعداد روزهای بستری در بیمارستان:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                               |                                                        |
| نوع درمان:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                               |                                                        |
| جراحی <input type="checkbox"/> کموتراپی <input type="checkbox"/> رادیو تراپی <input type="checkbox"/> سایر .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                               |                                                        |
| حساسیت : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> حساسیت به داروها <input type="checkbox"/> با ذکر نام.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                               |                                                        |
| مواد غذایی <input type="checkbox"/> با ذکر نام.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                               |                                                        |
| عوامل محیطی <input type="checkbox"/> با ذکر نام..... سایر.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                               |                                                        |
| <b>ج- بررسی وضعیت جسمی بیمار</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                               |                                                        |
| اختلال حرکتی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، از کدام وسیله استفاده می کند؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                               |                                                        |
| واکر <input type="checkbox"/> عصا <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                               |                                                        |
| درد: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                               |                                                        |
| بیماری های مزمن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | در صورت بلی، چه مشکلی؟                                                                                        | در مورد این بیماری چه اقدام/اقدام هایی انجام داده است؟ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون کنترل شده:.....                                            | ۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند.               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون کنترل شده :.....                                         | ۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند.              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/> سایر:.....         | ۳- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند.           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                               | ۴- خود درمانی انجام می دهد.                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                               | ۵- اقدامی انجام نداده است.                             |
| زخم بستری: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> درجه بندی: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                                        |
| <b>د- بررسی وضعیت روانی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                               |                                                        |
| اختلال روانی: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل..... آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                               |                                                        |
| نام دارو: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                               |                                                        |
| اختلال حافظه: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                               |                                                        |
| اختلال خواب: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                               |                                                        |
| <b>ه- علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                               |                                                        |
| تنگی نفس <input type="checkbox"/> ضعف <input type="checkbox"/> خستگی <input type="checkbox"/> تپش قلب <input type="checkbox"/> افزایش وزن <input type="checkbox"/> کاهش وزن <input type="checkbox"/> بی اشتها <input type="checkbox"/> بی خوابی <input type="checkbox"/> تورم اندام ها <input type="checkbox"/> درد <input type="checkbox"/>                                                                                                                              |                                                                                                               |                                                        |
| سرفه <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> یبوست <input type="checkbox"/> بی اختیاری ادرار <input type="checkbox"/> بی اختیاری مدفوع <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> پر ادراری <input type="checkbox"/> آنوری <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> ریزش مو <input type="checkbox"/> مشکلات پوستی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> عفونت <input type="checkbox"/> سایر..... |                                                                                                               |                                                        |
| <b>و- توانر پیگیری</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                               |                                                        |
| طی سه روز بعد از ترخیص <input type="checkbox"/> هر هفته یکبار <input type="checkbox"/> هر دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> ماهی یکبار <input type="checkbox"/> سایر.....                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                               |                                                        |
| <b>ز- بررسی وضعیت عمومی و خود مراقبتی بیمار (این قسمت در هر بار پیگیری تلفنی پرسیده شود)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                               |                                                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱- علائم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت را نام ببرد).                                                          |
| ۲- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (نام داروها را بگوید).                                                                |
| ۳- علائم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد).                                                      |
| ۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده صحیح و طبق دستور پزشک و استفاده از جعبه قرص شود). |
| ۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است؟                           |
| ۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                     |
| ۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند (در صورت وجود درد).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                     |
| ۸- راهکارهای پیشگیری و مدیریت علائم مندرج در بخش "ه" را می داند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                     |
| ۹- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می داند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است؟                                   |
| ۱۰- اقدامات لازم در صورت بروز علائم خطر را بیان می کند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۵ مورد را نام ببرد).                                                           |
| ۱۱- در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد).                                                   |
| ۱۲- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با بیماری به اورژانس مراجعه کرده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است؟..... علت مراجعه:.....                          |
| ۱۳- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چه مشکلی؟.....                                                           |
| ۱۴- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟                                                                            |
| ۱۵- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۱۶- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود:.....                                                      |
| ۱۷- بیمار دستورات /پیشنهادهای قبلی مشاوره تلفنی را اجرا کرده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| <b>ح- ارزیابی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                 |
| نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطه: دارو <input type="checkbox"/> فعالیت <input type="checkbox"/> علائم هشدار دهنده <input type="checkbox"/> خودمراقبتی <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                 |
| <b>نکات مورد توجه</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                 |
| <p>- ضروری است قبل از تکمیل پرسشنامه، از بیمار بخواهید تمام داروهایی را که استفاده می کند اعم از داروهایی که در زمان ترخیص تجویز شده و داروهایی که خودش بدون نسخه تهیه کرده و می خورد از جمله ویتامین ها و داروهای گیاهی، در دسترس او باشد.</p> <p>- در هر مورد (بررسی وضعیت جسمی/پرسشنامه) که بیمار اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به صورت روان و راحت به او داده و سپس بازخورد گرفته شود.</p> <p>- از بیمار یا مراقب وی بخواهید هر سؤالی که دارد از شما بپرسد و این اطمینان را به بدهید که شما بطور کامل پاسخگو هستید.</p> <p>- شماره تماسی در اختیار بیمار/مراقب وی قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در هر زمان از شما بپرسد.</p> <p>- شروع پیگیری بیمار طی سه روز اول پس از ترخیص و بر اساس تواتر مشخص شده، می باشد.</p> <p>- اگر بیمار هرگونه علایمی که با روش های توصیه شده معمول قابل مدیریت نباشد (علائم قلبی تنفسی، اختلال سطح هوشیاری، اختلالات حسی و حرکتی، تب و نظایر آن) داشته باشد، لازم است در اسرع وقت به مرکز درمانی مراجعه کند.</p> |                                                                                                                                                 |

| تاریخ تماس | نتیجه تماس                                                    | علت عدم پاسخ | ساعت شروع مکالمه | ساعت پایان مکالمه | نام پرستار پیگیری | امضا |
|------------|---------------------------------------------------------------|--------------|------------------|-------------------|-------------------|------|
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |

**پیوست ۳**

**بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریوی (COPD)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>الف - اطلاعات بیمار</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| نام و نام خانوادگی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | نام پدر:                                                                                                                                                                                                                                                                         | سن (سال):                                                                                   |
| کد ملی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | فرد مصاحبه شونده: بیمار <input type="checkbox"/> همراه/ مراقب بیمار <input type="checkbox"/> نام همراه/مراقب:                                                                                                                                                                    |                                                                                             |
| شماره تماس بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | شماره تماس همراه/ مراقب بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                             |
| وضعیت تاهل:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | شغل:                                                                                                                                                                                                                                                                             | تحصیلات:                                                                                    |
| محل سکونت بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | منزل شخصی <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                               | مراکز نگهداری <input type="checkbox"/> منزل فرزندان <input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود) |
| <b>ب. اطلاعات بالینی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| تشخیص:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | تاریخ بستری:                                                                                                                                                                                                                                                                     | بخش بستری:                                                                                  |
| حساسیت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> حساسیت به داروها <input type="checkbox"/> باذکر نام:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | مواد غذایی <input type="checkbox"/> باذکر نام:.....                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                             |
| عوامل محیطی <input type="checkbox"/> باذکر نام:..... سایر:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| <b>ج- بررسی وضعیت جسمی بیمار</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| اختلال حرکتی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورتی که بیمار اختلال حرکتی دارد از کدام وسیله استفاده می نماید؟ واکر <input type="checkbox"/> عصا <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| درد: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| بیماری های مزمن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/><br><br>۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند.<br>۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند.<br>۳- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند.<br>۴- خود درمانی انجام می دهد.<br>۵- اقدامی انجام نداده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | در صورت بلی، چه مشکلی؟<br>دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون کنترل شده:.....<br>فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون کنترل شده:.....<br>کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/><br>سایر:..... | در مورد این بیماری چه اقدام/اقدام هایی انجام داده است؟                                      |
| زخم بستر: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> درجه بندی:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| <b>د- بررسی وضعیت روانی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| اختلال روانی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:..... آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| نام دارو:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| اختلال حافظه: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| اختلال خواب: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| <b>ه- علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| تنگی نفس شبانه <input type="checkbox"/> ضعف <input type="checkbox"/> خستگی <input type="checkbox"/> تپش قلب <input type="checkbox"/> افزایش وزن <input type="checkbox"/> کاهش وزن <input type="checkbox"/> بی اشتهایی <input type="checkbox"/> بی خوابی <input type="checkbox"/> تورم اندام ها <input type="checkbox"/> درد <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/><br>یبوست <input type="checkbox"/> بی اختیاری ادرار <input type="checkbox"/> بی اختیاری مدفوع <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> پر ادراری <input type="checkbox"/> آنوری <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> مشکلات پوستی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> عفونت <input type="checkbox"/> خواب آلودگی <input type="checkbox"/><br>احساس سنگینی قفسه سینه <input type="checkbox"/> تنگی نفس هنگام استراحت: <input type="checkbox"/> تنگی نفس هنگام فعالیت: <input type="checkbox"/> تیره شدن لب ها و ناخن ها <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> خلط <input type="checkbox"/><br>تنفس صدا دار <input type="checkbox"/> سایر:..... |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| <b>و- توانر پیگیری</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| طی سه روز بعد از ترخیص <input type="checkbox"/> هر هفته یکبار <input type="checkbox"/> هر دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> ماهی یکبار <input type="checkbox"/> سایر:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| <b>ز- بررسی وضعیت عمومی و خود مراقبتی بیمار (این قسمت در هر بار پیگیری تلفنی پرسیده شود)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |

|                                                                             |                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.                         | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد.)                                                                        |
| ۲- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.                                  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (نام داروها را بگوید.)                                                                                  |
| ۳- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.             | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد.)                                                                        |
| ۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.                        | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده صحیح و طبق دستور پزشک و استفاده از جعبه قرص شود.)                   |
| ۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند.                                         | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است؟                                             |
| ۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند.                               | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                                       |
| ۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند (در صورت وجود درد).            | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                                       |
| ۸- راهکارهای پیشگیری و مدیریت علایم مندرج در بخش "ه" را می داند.            | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                                       |
| ۹- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می داند.   | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است؟                                                     |
| ۱۰- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.                     | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۵ مورد را نام ببرد.)                                                                             |
| ۱۱- نحوه استفاده از ماسک و تنظیم دستگاه را در صورت ضرورت می داند.           | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                         |
| ۱۲- اصول ایمنی هنگام استفاده از اکسیژن را می داند.                          | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                         |
| ۱۰- بیمار از خدمات بازتوانی ریه تحت نظر فیزیوتراپ استفاده می کند.           | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                         |
| ۱۱- بیمار از دستگاه تهویه غیر تهاجمی استفاده می کند.                        | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع دستگاه تهویه غیر تهاجمی:                                                                            |
| ۱۹- در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است.                                   | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۲ علامت بهبودی را نام ببرد.)                                                                     |
| ۲۰- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با بیماری به اورژانس مراجعه کرده است.    | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مراجعه به اورژانس بیمارستان، چند بار مراجعه داشته است؟.....<br>علت مراجعه به اورژانس بیمارستان؟ |
| ۲۱- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.                       | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بروز مشکل جدید، چه مشکلی پیش آمده است؟.....                                                     |
| ۲۲- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.                                | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟                                                                                              |
| ۲۳- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                         |
| ۲۴- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.                | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....                                                                         |
| ۲۵- بیمار دستورات/پیشنهادهای قبلی مشاوره تلفنی را اجرا کرده است.            | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                         |

#### ح- ارزیابی

نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطه: دارو ☐ فعالیت ☐ علایم هشدار دهنده ☐ خودمراقبتی ☐

#### نکات مورد توجه

- ضروری است قبل از تکمیل پرسشنامه، از بیمار بخواهید تمام داروهایی را که استفاده می کند اعم از داروهایی که در زمان ترخیص تجویز شده و داروهایی که خودش بدون نسخه تهیه کرده و می خورد از جمله ویتامین ها و داروهای گیاهی، در دسترس او باشد.

- در هر مورد (بررسی وضعیت جسمی/ پرسشنامه) که بیمار اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به صورت روان و راحت به او داده و سپس بازخورد گرفته شود.

- از بیمار یا مراقب وی بخواهید هر سؤالی که دارد از شما بپرسد و این اطمینان را به بدهید که شما بطور کامل پاسخگو هستید.
- شماره تماسی در اختیار بیمار/مراقب وی قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در هر زمان از شما بپرسد.
- شروع پیگیری بیمار طی سه روز اول پس از ترخیص و بر اساس تواتر مشخص شده، می باشد.
- اگر بیمار هرگونه علایمی که با روش های توصیه شده معمول قابل مدیریت نباشد (علایم قلبی تنفسی، اختلال سطح هوشیاری، اختلالات حسی و حرکتی، تب و نظایر آن) داشته باشد، لازم است در اسرع وقت به مرکز درمانی مراجعه کند.

| تاریخ تماس | نتیجه تماس                                                    | علت عدم پاسخ | ساعت شروع مکالمه | ساعت پایان مکالمه | نام پرستار پیگیری | امضا |
|------------|---------------------------------------------------------------|--------------|------------------|-------------------|-------------------|------|
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |

**پیوست ۴**

**بیمار دچار سکنه مغزی (CVA)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>الف- اطلاعات بیمار</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| نام و نام خانوادگی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | نام پدر:                                                                                                                                                                                                                                                                               | سن (سال):                                                                                                                                                                                                                                                    |
| کد ملی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | فرد مصاحبه شونده: بیمار <input type="checkbox"/> همراه/ مراقب بیمار <input type="checkbox"/> نام همراه/مراقب:                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| شماره تماس بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | شماره تماس همراه/ مراقب بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| وضعیت تاهل:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | شغل:                                                                                                                                                                                                                                                                                   | تحصیلات:                                                                                                                                                                                                                                                     |
| محل سکونت بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | منزل شخصی <input type="checkbox"/> مراکز نگهداری <input type="checkbox"/> منزل فرزندان <input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود)                                                                                                                                                         | نوع بیمه:                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>ب. اطلاعات بالینی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| تشخیص بیماری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | تاریخ بستری:                                                                                                                                                                                                                                                                           | بخش بستری:                                                                                                                                                                                                                                                   |
| حساسیت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> حساسیت به داروها <input type="checkbox"/> باذکر نام:..... مواد غذایی <input type="checkbox"/> باذکر نام:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | تعداد روزهای بستری در بیمارستان:                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| عوامل محیطی <input type="checkbox"/> باذکر نام:..... سایر:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>ج- بررسی وضعیت جسمی بیمار</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| اختلال حرکتی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورتی که بیمار اختلال حرکتی دارد از کدام وسیله استفاده می نماید؟ واکر <input type="checkbox"/> عصا <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| درد: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| بیماری های مزمن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | در صورت بلی، چه مشکلی؟<br>دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون کنترل شده:.....<br>فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون کنترل شده:.....<br>.....<br>کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/> سایر:..... | در مورد این بیماری چه اقدام/اقدام هایی انجام داده است؟<br>۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند.<br>۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند.<br>۳- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند.<br>۴- خود درمانی انجام می دهد.<br>۵- اقدامی انجام نداده است. |
| زخم بستر: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> درجه بندی:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>د- بررسی وضعیت روانی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| اختلال روانی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:..... آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| نام دارو:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| اختلال حافظه: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| اختلال خواب: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>ه- علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| اختلال تکلم <input type="checkbox"/> اختلال شنوایی <input type="checkbox"/> اختلال بلع <input type="checkbox"/> اختلال ادراری و روده ای: <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> یبوست <input type="checkbox"/> بی اختیاری ادرار <input type="checkbox"/> بی اختیاری مدفوع <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> پر ادراری <input type="checkbox"/> آنوری <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> ضعف <input type="checkbox"/> خستگی <input type="checkbox"/> تپش قلب <input type="checkbox"/> افزایش وزن <input type="checkbox"/> کاهش وزن <input type="checkbox"/> بی اشتها <input type="checkbox"/> بی خوابی <input type="checkbox"/> تورم اندام ها <input type="checkbox"/> درد <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> مشکلات پوستی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> عفونت <input type="checkbox"/> سایر:..... |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>و- تواتر پیگیری</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| طی سه روز بعد از ترخیص <input type="checkbox"/> هر هفته یکبار <input type="checkbox"/> هر دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> ماهی یکبار <input type="checkbox"/> سایر:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>ز- بررسی وضعیت عمومی و خود مراقبتی بیمار (این قسمت در هر بار پیگیری تلفنی پرسیده شود)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ۱- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت را نام ببرد.)                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ۲- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (نام داروها را بگوید.)                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ۳- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد.)                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده صحیح و طبق دستور پزشک و استفاده از جعبه قرص شود.)                                   |
| ۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است؟                                                             |
| ۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                                                       |
| ۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند (در صورت وجود درد).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                                                       |
| ۸- راهکارهای پیشگیری و مدیریت علائم مندرج در بخش "ه" را می داند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                                                       |
| ۹- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می داند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است؟                                                                     |
| ۱۰- اقدامات لازم در صورت بروز علائم خطر را بیان می کند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۵ مورد را نام ببرد.)                                                                                             |
| ۱۱- بیمار از خدمات توانبخشی و بازتوانی استفاده می کند؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                         |
| ۱۲- در صورت استفاده از خدمات توانبخشی و بازتوانی از چه نوع خدماتی استفاده می کند؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | فیزیوتراپی <input type="checkbox"/> گفتار درمانی <input type="checkbox"/><br>کاردرمانی <input type="checkbox"/> ورزش <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> |
| ۱۳- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد)                                                                                      |
| ۱۴- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با بیماری به اورژانس مراجعه کرده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مراجعه به اورژانس چند بار مراجعه کرده است؟.....<br>علت مراجعه به اورژانس بیمارستان                              |
| ۱۵- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چه مشکلی؟.....                                                                                             |
| ۱۶- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟                                                                                                              |
| ۱۷- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                         |
| ۱۸- بیمار علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....                                                                                         |
| ۱۹- بیمار دستورات /پیشنهادها قبل مشاوره تلفنی را اجرا کرده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                         |
| <b>ح- ارزیابی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                   |
| نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطه: دارو <input type="checkbox"/> فعالیت <input type="checkbox"/> علائم هشدار دهنده <input type="checkbox"/> خودمراقبتی <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                   |
| <b>نکات مورد توجه</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                   |
| - ضروری است قبل از تکمیل پرسشنامه، از بیمار بخواهید تمام داروهایی را که استفاده می کند اعم از داروهایی که در زمان ترخیص تجویز شده و داروهایی که خودش بدون نسخه تهیه کرده و می خورد از جمله ویتامین ها و داروهای گیاهی، در دسترس او باشد.<br>- در هر مورد (بررسی وضعیت جسمی/ پرسشنامه) که بیمار اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به صورت روان و راحت به او داده و سپس بازخورد گرفته شود.<br>- از بیمار یا مراقب وی بخواهید هر سؤالی که دارد از شما بپرسد و این اطمینان را به بدهید که شما بطور کامل پاسخگو هستید.<br>- شماره تماسی در اختیار بیمار/مراقب وی قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در هر زمان از شما بپرسد.<br>- شروع پیگیری بیمار طی سه روز اول پس از ترخیص و بر اساس توانر مشخص شده، می باشد.<br>- اگر بیمار هرگونه علایمی که با روش های توصیه شده معمول قابل مدیریت نباشد (علائم قلبی تنفسی، اختلال سطح هوشیاری، اختلالات حسی و حرکتی، تب و نظایر آن) داشته باشد، لازم است در اسرع وقت به مرکز درمانی مراجعه کند. |                                                                                                                                                                                   |



| امضا | نام پرستار<br>پیگیری | ساعت پایان<br>مکالمه | ساعت شروع<br>مکالمه | علت عدم پاسخ | نتیجه تماس<br><input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> موفق | تاریخ تماس |
|------|----------------------|----------------------|---------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------|
|      |                      |                      |                     |              | <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> موفق               |            |
|      |                      |                      |                     |              | <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> موفق               |            |
|      |                      |                      |                     |              | <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> موفق               |            |
|      |                      |                      |                     |              | <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> موفق               |            |
|      |                      |                      |                     |              | <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> موفق               |            |
|      |                      |                      |                     |              | <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> موفق               |            |
|      |                      |                      |                     |              | <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> موفق               |            |
|      |                      |                      |                     |              | <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> موفق               |            |

**پیوست ۵**

**بیمار مبتلا به دیابت**

| الف- اطلاعات بیمار                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| نام و نام خانوادگی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | نام پدر:                                                                                                                                                                                                                                                     | سن (سال):                                                                                 |
| کد ملی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | تاریخ ترخیص:                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                           |
| وضعیت تاهل:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | شغل:                                                                                                                                                                                                                                                         | تحصیلات:                                                                                  |
| شماره تماس:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | شماره تماس همراه/ مراقب بیمار:                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                           |
| محل سکونت بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | منزل شخصی <input type="checkbox"/> مراکز نگهداری <input type="checkbox"/> منزل فرزندان <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>                                                                                                                | نام همراه/مراقب:...                                                                       |
| ب- اطلاعات بالینی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                           |
| تشخیص بیماری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | تاریخ بستری:                                                                                                                                                                                                                                                 | تعداد روزهای بستری در بیمارستان:                                                          |
| بخش بستری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | حساسیت : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> حساسیت به داروها <input type="checkbox"/> باذکر نام:..... مواد غذایی <input type="checkbox"/> باذکر نام:.....                                                                          |                                                                                           |
| عوامل محیطی <input type="checkbox"/> باذکر نام:..... سایر:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                           |
| نوع دیابت                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | دیابت بارداری <input type="checkbox"/> نوع ۱ <input type="checkbox"/> نوع ۲ <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                         |                                                                                           |
| مدت زمان ابتلا به دیابت ماه/ سال .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | آخرین عدد قند خون بیمار .....                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                           |
| ج- بررسی وضعیت جسمی بیمار                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                           |
| اختلال حرکتی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، از کدام وسیله استفاده می کند؟                                                                                                                                                | واکر <input type="checkbox"/> عصا <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/> |
| درد:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟                                                                                                                                     |                                                                                           |
| بیماری های مزمن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/><br><br>در صورت بلی، چه مشکلی؟<br>فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون کنترل شده :.....<br>کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی/ عروقی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/><br>نفروپاتی <input type="checkbox"/> حملات قلبی <input type="checkbox"/> سکتة مغزی <input type="checkbox"/> سایر:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | در مورد این بیماری چه اقدام/اقدام هایی انجام داده است؟<br>۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند.<br>۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند.<br>۳- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند.<br>۴- خود درمانی انجام می دهد.<br>۵- اقدامی انجام نداده است. |                                                                                           |
| زخم بستری: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> درجه بندی: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                           |
| د- بررسی وضعیت روانی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                           |
| اختلال روانی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:..... آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                           |
| نام دارو: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                           |
| اختلال حافظه: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                           |
| اختلال خواب: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                           |
| ه- علائم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                           |
| تنگی نفس <input type="checkbox"/> ضعف <input type="checkbox"/> خستگی <input type="checkbox"/> افزایش وزن <input type="checkbox"/> کاهش وزن <input type="checkbox"/> بی اشتهایی <input type="checkbox"/> بی خوابی <input type="checkbox"/> تورم اندام ها <input type="checkbox"/> درد <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> یبوست <input type="checkbox"/> بی اختیاری ادرار <input type="checkbox"/> بی اختیاری مدفوع <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> پر ادراری <input type="checkbox"/> الیگوری <input type="checkbox"/> آنوری <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> مشکلات پوستی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> عفونت <input type="checkbox"/> بی حسی اندام ها <input type="checkbox"/> اختلال بینایی <input type="checkbox"/> سایر:..... |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                           |
| عوارض دیررس دیابت: نوروپاتی (بی حسی، کرختی، التهاب یا زخم در پاها) <input type="checkbox"/> رتینوپاتی <input type="checkbox"/> زخم پای دیابتی <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                           |
| اختلال حرکتی <input type="checkbox"/> نفروپاتی <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                           |
| و- تواتر پیگیری                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                           |

|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| طی سه روز بعد از ترخیص <input type="checkbox"/> هر هفته یکبار <input type="checkbox"/> هر دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> ماهی یکبار <input type="checkbox"/> سایر..... |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>ز- بررسی وضعیت عمومی و خود مراقبتی بیمار (این قسمت در هر بار پیگیری تلفنی پرسیده شود)</b>                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ۱- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.                                                                                                                            | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت را نام ببرد.)                                                                                                                                                                        |
| ۲- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.                                                                                                                                     | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (نام داروها را بگوید.)                                                                                                                                                                              |
| ۳- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.                                                                                                                | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد.)                                                                                                                                                                    |
| ۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.                                                                                                                           | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده صحیح و طبق دستور پزشک و استفاده از جعبه قرص شود.)                                                                                                               |
| ۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند.                                                                                                                                            | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است؟                                                                                                                                         |
| ۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند.                                                                                                                                  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                                                                                                                                   |
| ۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند (در صورت وجود درد).                                                                                                               | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                                                                                                                                   |
| ۸- راهکارهای پیشگیری و مدیریت علایم مندرج در بخش "ه" را می داند.                                                                                                               | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                                                                                                                                   |
| ۹- نحوه توزین صحیح و ثبت آن را می داند.                                                                                                                                        | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                     |
| ۱۰- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/کلینیک دیابت/مطب پزشک مربوطه را می داند.                                                                                        | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است.                                                                                                                                                 |
| ۱۱- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.                                                                                                                        | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۵ مورد را نام ببرد.)                                                                                                                                                                         |
| ۱۲- علایم افت قند خون (بی حالی، ضعف، عرق کردن، لرزش، خواب آلودگی) را می داند.                                                                                                  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/><br>طی هفته گذشته افت قند خون داشته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/><br>زمان بروز افت قند خون (جهت بررسی از نظر اینکه افت قند خون به علت داروی مصرفی بوده است یا خیر؟) |
| ۱۳- در صورت مصرف انسولین نکات مراقبتی مرتبط (روش نگهداری، تزریق، زمان استفاده، عوارض، روش های پیشگیری از هایپوگلیسمی و لیپودیستروفی ناشی از آن) را می داند.                    | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                     |
| ۱۴- خودپاشی قند خون را انجام داده و ثبت می نماید (توصیه اکید به انجام آن در راستای پیشگیری از عوارض حاد و مزمن بیماری و تنظیم و کاهش دوز داروها شود).                          | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/><br>بیمار دلیل عدم انجام خود پاشی را بیان نماید.                                                                                                                                                     |
| ۱۵- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با بیماری به اورژانس مراجعه کرده است.                                                                                                       | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است؟..... علت مراجعه:.....                                                                                                                                        |
| ۱۶- در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است.                                                                                                                                      | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد.)                                                                                                                                                                 |
| ۱۷- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.                                                                                                                          | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام ببرید.                                                                                                                                                                                          |
| ۱۸- در مورد مشکل جدید، اقدامی انجام داده است.                                                                                                                                  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟                                                                                                                                                                                          |
| ۱۹- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است.                                                                                                    | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                     |
| ۲۰- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.                                                                                                                   | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....                                                                                                                                                                     |
| ۲۱- بیمار دستورات/پیشنهادهای قبلی مشاوره تلفنی را اجرا کرده است.                                                                                                               | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                     |
| ۲۲- مراقبت های مربوط به پاها را می داند.                                                                                                                                       | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                     |
| <b>بررسی آزمایش ها و داروهای بیمار</b>                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ✓ تاریخ آخرین آزمایش ها شامل FBS و HbA <sup>1</sup> C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ✓ نتیجه آخرین FBS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| ✓ نتیجه آخرین HbA <sup>1</sup> C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| بیمار برای کنترل قند خون خود از داروی خاصی استفاده می کند. <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| بیمار از داروی خوراکی دیابت استفاده می نماید. <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</span> نام دارو(ها):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| بیمار از انسولین استفاده می نماید. <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| سایر داروهای مورد استفاده بیمار                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>ح- ارزیابی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطه: دارو <input type="checkbox"/> فعالیت <input type="checkbox"/> علایم هشدار دهنده <input type="checkbox"/> خودمراقبتی <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>نکات مورد توجه</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>- ضروری است قبل از تکمیل پرسشنامه، از بیمار بخواهید تمام داروهایی را که استفاده می کند اعم از داروهایی که در زمان ترخیص تجویز شده و داروهایی که خودش بدون نسخه تهیه کرده و می خورد از جمله ویتامین ها و داروهای گیاهی، در دسترس او باشد.</p> <p>- در هر مورد (بررسی وضعیت جسمی/ پرسشنامه) که بیمار اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به صورت روان و راحت به او داده و سپس بازخورد گرفته شود.</p> <p>- از بیمار یا مراقب وی بخواهید هر سؤالی که دارد از شما بپرسد و این اطمینان را به بدهید که شما بطور کامل پاسخگو هستید.</p> <p>- شماره تماسی در اختیار بیمار/مراقب وی قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در هر زمان از شما بپرسد.</p> <p>- شروع پیگیری بیمار طی سه روز اول پس از ترخیص و بر اساس تواتر مشخص شده، می باشد.</p> <p>- اگر بیمار هرگونه علایمی که با روش های توصیه شده معمول قابل مدیریت نباشد (نظیر علایم هایپرگلیسمی و هایپوگلیسمی، اختلالات قلبی تنفسی، اختلال سطح هوشیاری، اختلالات حسی و حرکتی، تب و نظایر آن) داشته باشد، لازم است در اسرع وقت به مرکز درمانی مراجعه کند.</p> |

| تاریخ تماس | نتیجه تماس                                                    | علت عدم پاسخ | ساعت شروع مکالمه | ساعت پایان مکالمه | نام پرستار پیگیری | امضا |
|------------|---------------------------------------------------------------|--------------|------------------|-------------------|-------------------|------|
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |

پیوست ۶

بیمار مبتلا به نارسایی احتقانی قلبی (CHF)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>الف - اطلاعات بیمار</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| نام و نام خانوادگی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | نام پدر: سن (سال): تاریخ ترخیص:                                                                                                                                                                                                                               |
| کد ملی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | فرد مصاحبه شونده: بیمار <input type="checkbox"/> همراه/ مراقب بیمار <input type="checkbox"/> نام همراه/مراقب:...                                                                                                                                              |
| وضعیت تاهل:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | شغل: تحصیلات: نوع بیمه:                                                                                                                                                                                                                                       |
| شماره تماس:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | شماره تماس همراه/ مراقب بیمار:                                                                                                                                                                                                                                |
| محل سکونت بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | منزل شخصی <input type="checkbox"/> مراکز نگهداری <input type="checkbox"/> منزل فرزندان <input type="checkbox"/> سایر .....                                                                                                                                    |
| <b>ب - اطلاعات بالینی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| تشخیص بیماری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | تاریخ بستری: تعداد روزهای بستری در بیمارستان:                                                                                                                                                                                                                 |
| بخش بستری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | تعداد روز های بستری در بیمارستان:                                                                                                                                                                                                                             |
| حساسیت : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> حساسیت به داروها <input type="checkbox"/> باذکر نام:..... مواد غذایی <input type="checkbox"/> باذکر نام:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| عوامل محیطی <input type="checkbox"/> باذکر نام:..... سایر:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>ج - بررسی وضعیت جسمی بیمار</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| اختلال حرکتی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، از کدام وسیله استفاده می کند؟ واکر <input type="checkbox"/> عصا <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| درد: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| در صورت بلی، چه مشکلی؟<br>دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون کنترل شده:.....<br>فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون کنترل شده:.....<br>کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/> سایر:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | در مورد این بیماری چه اقدام/ اقدام هایی انجام داده است؟<br>۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند.<br>۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند.<br>۳- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند.<br>۴- خود درمانی انجام می دهد.<br>۵- اقدامی انجام نداده است. |
| زخم بستری: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> درجه بندی: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>د - بررسی وضعیت روانی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| اختلال روانی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:..... آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| نام دارو: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| اختلال حافظه: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| اختلال خواب: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>ه - علائم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| تنگی نفس <input type="checkbox"/> ضعف <input type="checkbox"/> خستگی <input type="checkbox"/> تپش قلب <input type="checkbox"/> افزایش وزن <input type="checkbox"/> کاهش وزن <input type="checkbox"/> بی اشتهایی <input type="checkbox"/> بی خوابی <input type="checkbox"/> تورم اندام ها <input type="checkbox"/> آسیت <input type="checkbox"/> درد <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/><br>اسهال <input type="checkbox"/> یبوست <input type="checkbox"/> بی اختیاری ادرار <input type="checkbox"/> بی اختیاری مدفوع <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> پر ادراری <input type="checkbox"/> آنوری <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> مشکلات پوستی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> عفونت <input type="checkbox"/><br>درد <input type="checkbox"/> سایر:..... |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>و - تواتر پیگیری</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| طی سه روز بعد از ترخیص <input type="checkbox"/> هر هفته یکبار <input type="checkbox"/> هر دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> ماهی یکبار <input type="checkbox"/> سایر:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>ز - بررسی وضعیت عمومی و خود مراقبتی بیمار (این قسمت در هر بار پیگیری تلفنی پر سیده شود)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ۱- علائم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| حداقل سه علامت را نام ببرد.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| ۲- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (داروها را نام ببرد).                                                                                                                                                                                      |  |
| ۳- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> حداقل سه علامت خطر را نام ببرد.                                                                                                                                                       |  |
| ۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده صحیح و طبق دستور پزشک و استفاده از جعبه قرص شود).                                                                                                            |  |
| ۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند.<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است؟                                                                                                                                                       |  |
| ۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند.<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                                                                                                                                       |  |
| ۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند (در صورت وجود درد).<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                                                                                                                    |  |
| ۸- راهکارهای پیشگیری و مدیریت علایم مندرج در بخش "ه" را می داند.<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                                                                                                                    |  |
| ۹- اقدامات لازم در زمانی که روی پا یا مچ پایش ورم می کند، یا وقتی که با صدای نفسش ناگهان از خواب می پرد یا هنگامی که شب ها بیشتر از قبل برای ادرار کردن بیدار می شود، را می داند (به بیمار بگویید در هر یک از شرایط فوق باید با پزشک خود تماس بگیرد).<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |  |
| ۱۰- نحوه توزین صحیح و ثبت آن را می داند.<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              |  |
| ۱۱- مقدار مایعات مجاز روزانه را می داند (به بیمار بگویید که باید کمتر از ۲ لیتر در روز مایعات میل کند تا میزان ورم بدنش کم و تنفسش راحت تر شود).<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                      |  |
| ۱۲- نحوه استفاده از ماسک اکسیژن و تنظیم دستگاه را در صورت ضرورت می داند.<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                              |  |
| ۱۳- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می داند.<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، چه اقدامی جهت یادآوری انجام داده است.                                                                                                                         |  |
| ۱۴- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۵ مورد را نام ببرد).                                                                                                                                                                   |  |
| ۱۵- در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است.<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد).                                                                                                                                                                         |  |
| ۱۶- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با بیماری به اورژانس مراجعه کرده است.<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است؟.....<br>علت مراجعه:.....                                                                                                              |  |
| ۱۷- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چه مشکلی؟.....                                                                                                                                                                     |  |
| ۱۸- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟                                                                                                                                                                                               |  |
| ۱۹- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است.<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                           |  |
| ۲۰- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....                                                                                                                                                          |  |
| ۲۱- بیمار دستورات/پیشنهادهای قبلی مشاوره تلفنی را اجرا کرده است.<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                      |  |
| <b>ح- ارزیابی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطه: دارو <input type="checkbox"/> فعالیت <input type="checkbox"/> علایم هشدار دهنده <input type="checkbox"/> خودمراقبتی <input type="checkbox"/>                                                                                                                                      |  |
| <b>نکات مورد توجه</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| - ضروری است قبل از تکمیل پرسشنامه، از بیمار بخواهید تمام داروهایی را که استفاده می کند اعم از داروهایی که در زمان ترخیص تجویز شده و داروهایی که خودش بدون نسخه تهیه کرده و می خورد از جمله ویتامین ها و داروهای گیاهی، در دسترس او باشد.                                                                           |  |

- در هر مورد (بررسی وضعیت جسمی/ پرسشنامه) که بیمار اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به صورت روان و راحت به او داده و سپس بازخورد گرفته شود.
- از بیمار یا مراقب وی بخواهید هر سؤالی که دارد از شما بپرسد و این اطمینان را به بدهید که شما بطور کامل پاسخگو هستید.
- شماره تماسی در اختیار بیمار/مراقب وی قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در هر زمان از شما بپرسد.
- شروع پیگیری بیمار طی سه روز اول پس از ترخیص و بر اساس تواتر مشخص شده، می باشد.
- اگر بیمار هرگونه علایمی که با روش های توصیه شده معمول قابل مدیریت نباشد (علایم قلبی تنفسی، اختلال سطح هوشیاری، اختلالات حسی و حرکتی، تب و نظایر آن) داشته باشد، لازم است در اسرع وقت به مرکز درمانی مراجعه کند.

| تاریخ تماس | نتیجه تماس                                                    | علت عدم پاسخ | ساعت شروع مکالمه | ساعت پایان مکالمه | نام پرستار پیگیری | امضا |
|------------|---------------------------------------------------------------|--------------|------------------|-------------------|-------------------|------|
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |

**پیوست ۷**

**بیمار دچار سوختگی**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>الف - اطلاعات بیمار</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| نام و نام خانوادگی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | نام پدر:                                                                                                                                                                                                                                                        | سن (سال):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | تاریخ ترخیص:                    |
| کد ملی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | فرد مصاحبه شونده: بیمار <input type="checkbox"/> همراه/ مراقب بیمار <input type="checkbox"/> نام همراه/مراقب:                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| شماره تماس بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | شماره تماس همراه/ مراقب بیمار:                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| وضعیت تاهل:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | شغل:                                                                                                                                                                                                                                                            | تحصیلات:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | نوع بیمه:                       |
| محل سکونت بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | منزل شخصی <input type="checkbox"/> مراکز نگهداری <input type="checkbox"/> منزل فرزندان <input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود).....                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| <b>ب - اطلاعات بالینی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| تشخیص بیماری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | تاریخ بستری:                                                                                                                                                                                                                                                    | بخش بستری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | تعداد روزهای بستری در بیمارستان |
| درجه سوختگی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | درصد سوختگی:                                                                                                                                                                                                                                                    | محل سوختگی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | عامل سوختگی:                    |
| حساسیت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| حساسیت به داروها <input type="checkbox"/> با ذکر نام.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | مواد غذایی <input type="checkbox"/> با ذکر نام.....                                                                                                                                                                                                             | عوامل محیطی <input type="checkbox"/> با ذکر نام.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | سایر.....                       |
| <b>ج - بررسی وضعیت جسمی بیمار</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| اختلال حرکتی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورتی که بیمار اختلال حرکتی دارد از کدام وسیله استفاده می نماید؟ واکر <input type="checkbox"/> عصا <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/>                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| محدودیت حرکتی به دلیل پانسمان: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| درد: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| بیماری های مزمن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/><br><br>۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند. <input type="checkbox"/><br>۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند. <input type="checkbox"/><br>۳- از روشهای طب مکمل و سنتی استفاده می کند. <input type="checkbox"/><br>۴- خود درمانی انجام می دهد. <input type="checkbox"/><br>۵- اقدامی انجام نداده است. <input type="checkbox"/> | در صورت بلی، کدام بیماری؟<br>دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون:.....<br>فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون:.....<br>کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/><br>سایر:..... | در مورد این بیماری چه اقدام/ اقدام هایی انجام داده است؟<br>۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند. <input type="checkbox"/><br>۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند. <input type="checkbox"/><br>۳- از روشهای طب مکمل و سنتی استفاده می کند. <input type="checkbox"/><br>۴- خود درمانی انجام می دهد. <input type="checkbox"/><br>۵- اقدامی انجام نداده است. <input type="checkbox"/> |                                 |
| زخم فشاری: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> درجه بندی:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| <b>د - بررسی وضعیت روانی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| اختلال روانی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:..... آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| نام دارو:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| اختلال حافظه: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو:.....                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| اختلال خواب: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو:.....                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| <b>ه - علائم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| تب <input type="checkbox"/> لرز <input type="checkbox"/> درد <input type="checkbox"/> افزایش وزن <input type="checkbox"/> کاهش وزن <input type="checkbox"/> بی اشتها <input type="checkbox"/> تهوع <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> وجود صدای تنفسی غیر طبیعی <input type="checkbox"/> بی خوابی <input type="checkbox"/>                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| تورم اندام ها <input type="checkbox"/> خارش پوست <input type="checkbox"/> عفونت (قرمزی جدید اطراف زخم یا قرمزی پیشرونده، تغییر رنگ زخم به سفید، زرد، سبز یا سیاه، افزایش ترشحات، وجود چرک، بوی بد ترشحات) <input type="checkbox"/> سایر:.....                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| <b>و - تواتر پیگیری</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| طی سه روز بعد از ترخیص <input type="checkbox"/> هر هفته یکبار <input type="checkbox"/> هر دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> ماهی یکبار <input type="checkbox"/> سایر:.....                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| <b>ز - بررسی وضعیت عمومی و خود مراقبتی بیمار (این قسمت در هر بار پیگیری تلفنی پرسیده شود)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |



|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.                                                                                          | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (نام داروها را بگوید.)                                                                                        |
| ۲- علائم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.                                                                     | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد.)                                                                              |
| ۳- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.                                                                                | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده صحیح و طبق دستور پزشک و استفاده از جعبه قرص شود.)                         |
| ۴- رژیم غذایی مناسب خود را می داند.                                                                                                 | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است؟.....                                              |
| ۵- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند.                                                                                       | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟.....                                        |
| ۶- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند (در صورت وجود درد).                                                                    | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟.....                                        |
| ۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت علائم مندرج در بخش "ه" را می داند.                                                                    | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟.....                                        |
| ۸- اقدامات لازم در صورت بروز علائم خطر در سوختگی را بیان می کند.                                                                    | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۵ مورد را نام ببرد.)                                                                                   |
| ۹- شرایط زخم سوختگی را توضیح می دهد.                                                                                                | ترشح..... بو..... رنگ بستر زخم ..... در صورت وجود مورد غیر طبیعی چه اقدامی انجام داده است؟.....                                                                         |
| ۱۰- زمان و نحوه تعویض پانسمان و مراقبت از زخم سوختگی را می داند.                                                                    | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                               |
| ۱۱- در مورد پمادها و محصولات بعد از ترمیم، جهت کاهش اسکار (جای زخم) آگاهی دارد و مصرف می کند.                                       | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                               |
| ۱۲- در مورد استفاده از لباسهای سوختگی (لباس های فشارنده کشی) و زمان و نحوه استفاده از آن اطلاع دارد.                                | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                               |
| ۱۳- روش های کاهش خارش پوست را می داند.                                                                                              | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                               |
| ۱۴- نحوه انجام فیزیوتراپی در منزل یا مرکز درمانی را می داند.                                                                        | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                               |
| ۱۵- نهاد های حمایتی مشاوره ای (مراکز درمانی، کلینیک زخم، انجمن بیماران سوختگی، سازمان های NGO مرتبط) را می شناسد و مراجعه می نماید. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                               |
| ۱۶- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می داند.                                                          | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است؟.....                                                      |
| ۱۷- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است.                                                                                     | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد.)                                                                           |
| ۱۸- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با بیماری به اورژانس مراجعه کرده است.                                                            | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مراجعه به اورژانس بیمارستان، چند بار مراجعه داشته است؟.....<br>علت مراجعه به اورژانس بیمارستان: ..... |
| ۱۹- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.                                                                               | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بروز مشکل جدید، چه مشکلی پیش آمده است؟.....                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۲۰- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟.....                 |
| ۲۱- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                 |
| ۲۲- بیمار/ مراقب علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود..... |
| ۲۳- بیمار دستورات /پیشنهادهای قبلی مشاوره تلفنی را اجرا کرده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                 |
| <b>ح- ارزیابی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                           |
| نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطه: دارو <input type="checkbox"/> فعالیت <input type="checkbox"/> علایم هشدار دهنده <input type="checkbox"/> خودمراقبتی <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                           |
| <b>نکات مورد توجه</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |
| - ضروری است قبل از تکمیل پرسشنامه، از بیمار بخواهید تمام داروهایی را که استفاده می کند اعم از داروهایی که در زمان ترخیص تجویز شده و داروهایی که خودش بدون نسخه تهیه کرده و می خورد از جمله ویتامین ها و داروهای گیاهی، در دسترس او باشد.<br>- در هر مورد (بررسی وضعیت جسمی/ پرسشنامه) که بیمار اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به صورت روان و راحت به او داده و سپس بازخورد گرفته شود.<br>- از بیمار یا مراقب وی بخواهید هر سؤالی که دارد از شما بپرسد و این اطمینان را به او بدهید که شما بطور کامل پاسخگو هستید.<br>- شماره تماسی در اختیار بیمار/مراقب وی قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در هر زمان از شما بپرسد.<br>- شروع پیگیری بیمار طی سه روز اول پس از ترخیص و بر اساس تواتر مشخص شده، می باشد<br>- اگر بیمار هرگونه علایمی که با روش های توصیه شده معمول قابل مدیریت نباشد (علایم قلبی تنفسی، اختلال سطح هوشیاری، اختلالات حسی و حرکتی، تب، درد، خارش و نظایر آن) داشته باشد، لازم است در اسرع وقت به مرکز درمانی مراجعه کند. |                                                                                           |

| تاریخ تماس | نتیجه تماس                                                    | علت عدم پاسخ | ساعت شروع مکالمه | ساعت پایان مکالمه | نام پرستار پیگیری | توضیحات |
|------------|---------------------------------------------------------------|--------------|------------------|-------------------|-------------------|---------|
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |         |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |         |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |         |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |         |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |         |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |         |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |         |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |         |

**پیوست ۸**

**بیمار مبتلا به پرفشاری خون (HTN)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>الف-اطلاعات بیمار</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| نام و نام خانوادگی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | نام پدر: سن (سال): تاریخ ترخیص:                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| کد ملی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | فرد مصاحبه شونده: بیمار <input type="checkbox"/> همراه/ مراقب بیمار <input type="checkbox"/> نام همراه/مراقب:...                                                                                                                                                                                                       |
| وضعیت تاهل:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | شغل: تحصیلات: نوع بیمه:                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| شماره تماس:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | شماره تماس همراه/ مراقب بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| محل سکونت بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | منزل شخصی <input type="checkbox"/> مراکز نگهداری <input type="checkbox"/> منزل فرزندان <input type="checkbox"/> سایر .....                                                                                                                                                                                             |
| <b>ب-اطلاعات بالینی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| تشخیص بیماری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | تاریخ بستری: تعداد روزهای بستری در بیمارستان:                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| بخش بستری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | سن شروع بیماری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| حساسیت : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> حساسیت به داروها <input type="checkbox"/> باذکر نام:..... مواد غذایی <input type="checkbox"/> باذکر نام:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| عوامل محیطی <input type="checkbox"/> باذکر نام:..... سایر:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>ج- بررسی وضعیت جسمی بیمار</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| اختلال حرکتی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، از کدام وسیله استفاده می کند؟ واکر <input type="checkbox"/> عصا <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/>                                                                                                                |
| درد:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟                                                                                                                                                                                               |
| سایر بیماری های مزمن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/><br><br>در مورد این بیماری چه اقدام/اقدام ها انجام داده است؟<br>۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند.<br>۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند.<br>۳- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند.<br>۴- خود درمانی انجام می دهد.<br>۵- اقدامی انجام نداده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | در صورت بلی، چه مشکلی؟<br>دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون کنترل شده:<br>کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی/ عروقی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/><br>نفروپاتی <input type="checkbox"/> حملات قلبی <input type="checkbox"/> سکته مغزی <input type="checkbox"/><br>سایر:..... |
| زخم بستری: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> درجه بندی .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>د- بررسی وضعیت روانی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| اختلال روانی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:..... آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| نام دارو: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| اختلال حافظه: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| اختلال خواب: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>ه- علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| تنگی نفس <input type="checkbox"/> ضعف <input type="checkbox"/> خستگی <input type="checkbox"/> افزایش وزن <input type="checkbox"/> کاهش وزن <input type="checkbox"/> بی اشتهایی <input type="checkbox"/> بی خوابی <input type="checkbox"/> تورم اندام ها <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> یبوست <input type="checkbox"/><br>بی اختیاری ادرار <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> پر ادراری <input type="checkbox"/> الیگوری <input type="checkbox"/> آنوری <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> مشکلات پوستی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> عفونت <input type="checkbox"/> تپش قلب <input type="checkbox"/> سرگیجه <input type="checkbox"/><br>خونریزی از بینی <input type="checkbox"/> لرز <input type="checkbox"/> بی حسی و گزگز اندامها و صورت <input type="checkbox"/> احساس سنگینی قفسه سینه <input type="checkbox"/> سایر:..... |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>و- تواتر پیگیری</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| طی سه روز بعد از ترخیص <input type="checkbox"/> هر هفته یکبار <input type="checkbox"/> هر دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> ماهی یکبار <input type="checkbox"/> سایر:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>ز- بررسی وضعیت عمومی و خود مراقبتی بیمار (این قسمت در هر بار پیگیری تلفنی پرسیده شود)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ۱- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت را نام ببرد).                                                                                                                                                                                                                                 |
| ۲- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (نام داروها را بگوید).                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                                                                   |                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۳- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.                                   | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد)                                                       |
| ۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.                                              | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده صحیح و طبق دستور پزشک و استفاده از جعبه قرص شود.) |
| ۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند.                                                               | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است؟                           |
| ۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند.                                                     | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                     |
| ۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند (در صورت وجود درد).                                  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                     |
| ۸- راهکارهای پیشگیری و مدیریت علایم مندرج در بخش "ه" را می داند.                                  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                     |
| ۹- اصول صحیح اندازه گیری فشارخون در منزل را می داند                                               | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۱۰- به صورت منظم و دوره ای فشار خون در منزل را اندازه گیری می کند                                 | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۱۱- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر مثل سردرد شدید، خون دماغ، تپش قلب و ..... را بیان می کند. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۵ مورد را نام ببرد.)                                                           |
| ۱۲- علایم افزایش و افت فشار خون را می داند.                                                       | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۱۳- زمان مراجعه بعدی/ ویزیت دوره ای به درمانگاه / مطب پزشک مربوطه را می داند.                     | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است؟                                   |
| ۱۴- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با بیماری به اورژانس مراجعه کرده است.                          | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است؟.....<br>علت مراجعه:.....                       |
| ۱۵- در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است.                                                         | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد.)                                                   |
| ۱۶- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.                                             | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام ببرید                                                                             |
| ۱۷- در مورد مشکل جدید، اقدامی انجام داده است.                                                     | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟                                                                            |
| ۱۸- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است.                       | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۱۹- بیمار علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.                                     | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....                                                       |
| ۲۰- بیمار دستورات/پیشنهادهای قبلی مشاوره تلفنی را اجرا کرده است.                                  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |

#### ح- ارزیابی

نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطه: دارو ☐ فعالیت ☐ علایم هشدار دهنده ☐ خودمراقبتی ☐

#### نکات مورد توجه

- ضروری است قبل از تکمیل پرسشنامه، از بیمار بخواهید تمام داروهایی را که استفاده می کند اعم از داروهایی که در زمان ترخیص تجویز شده و داروهایی که خودش بدون نسخه تهیه کرده و می خورد از جمله ویتامین ها و داروهای گیاهی، در دسترس او باشد.
- در هر مورد (بررسی وضعیت جسمی/ پرسشنامه) که بیمار اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به صورت روان و راحت به او داده و سپس بازخورد گرفته شود.
- از بیمار یا مراقب وی بخواهید هر سؤالی که دارد از شما بپرسد و این اطمینان را به بدهید که شما بطور کامل پاسخگو هستید.
- شماره تماسی در اختیار بیمار/مراقب وی قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در هر زمان از شما بپرسد.
- شروع پیگیری بیمار طی سه روز اول پس از ترخیص و بر اساس تواتر مشخص شده، می باشد.
- اگر بیمار هرگونه علایمی که با روش های توصیه شده معمول قابل مدیریت نباشد (علایم قلبی تنفسی، اختلال سطح هوشیاری، اختلالات حسی و حرکتی، تب و نظایر آن) داشته باشد، لازم است در اسرع وقت به مرکز درمانی مراجعه کند.

| تاریخ تماس | نتیجه تماس                                                    | علت عدم پاسخ | ساعت شروع مکالمه | ساعت پایان مکالمه | نام پرستار پیگیری | امضا |
|------------|---------------------------------------------------------------|--------------|------------------|-------------------|-------------------|------|
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |

پیوست ۹

بیمار مبتلا به سکته قلبی (MI)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>الف- اطلاعات بیمار</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                   |                                       |
| نام و نام خانوادگی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | نام پدر:                                                                                                          | سن (سال):                             |
| کد ملی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | فرد مصاحبه شونده: بیمار <input type="checkbox"/> همراه/ مراقب بیمار <input type="checkbox"/> نام همراه/مراقب: ... |                                       |
| وضعیت تاهل:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | شغل:                                                                                                              | تحصیلات:                              |
| شماره تماس:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                   |                                       |
| محل سکونت بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | مراکز نگهداری <input type="checkbox"/>                                                                            | منزل فرزندان <input type="checkbox"/> |
| سایر ..... <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                   |                                       |
| <b>ب- اطلاعات بالینی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                   |                                       |
| تشخیص بیماری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | تاریخ بستری:                                                                                                      |                                       |
| بخش بستری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | تعداد روزهای بستری در بیمارستان:                                                                                  |                                       |
| حساسیت : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | حساسیت به داروها <input type="checkbox"/> باذکر نام: ..... مواد غذایی <input type="checkbox"/> باذکر نام: .....   |                                       |
| عوامل محیطی <input type="checkbox"/> باذکر نام: ..... سابقه استعمال دخانیات:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | سایر: .....                                                                                                       |                                       |
| <b>ج- بررسی وضعیت جسمی بیمار</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                   |                                       |
| اختلال حرکتی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | در صورت پاسخ مثبت، از کدام وسیله استفاده می کند؟                                                                  |                                       |
| درد: دارد <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟                        |                                       |
| سایر بیماری های مزمن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | در صورت بلی، چه مشکلی؟                                                                                            |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون کنترل شده: .....                                               |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون کنترل شده: .....                                             |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/>                        |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | سایر: .....                                                                                                       |                                       |
| در مورد این بیماری چه اقدام/ اقدام هایی انجام داده است؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                   |                                       |
| ۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                   |                                       |
| ۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                   |                                       |
| ۳- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                   |                                       |
| ۴- خود درمانی انجام می دهد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                   |                                       |
| ۵- اقدامی انجام نداده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                   |                                       |
| <b>د- بررسی وضعیت روانی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                   |                                       |
| اختلال روانی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل: ..... آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                   |                                       |
| نام دارو: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                       |
| اختلال حافظه: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                   |                                       |
| اختلال خواب: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                   |                                       |
| <b>ه- علائم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                   |                                       |
| تنگی نفس <input type="checkbox"/> ضعف <input type="checkbox"/> خستگی <input type="checkbox"/> تپش قلب <input type="checkbox"/> افزایش وزن <input type="checkbox"/> کاهش وزن <input type="checkbox"/> بی اشتها <input type="checkbox"/> بی خوابی <input type="checkbox"/> تورم اندام ها <input type="checkbox"/> آسیت <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/><br>یبوست <input type="checkbox"/> بی اختیاری ادرار <input type="checkbox"/> بی اختیاری مدفوع <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> پر ادراری <input type="checkbox"/> آنوری <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> مشکلات پوستی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> عفونت <input type="checkbox"/> درد قفسه <input type="checkbox"/><br>سینه با انتشار به پشت و دست و فک <input type="checkbox"/> عرق سرد <input type="checkbox"/> سرگیجه <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> خونریزی (لثه ها، تغییر رنگ ادرار، خلط خونی ....) <input type="checkbox"/> سایر: ..... |                                                                                                                   |                                       |
| <b>و- تواتر پیگیری</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                   |                                       |
| طی سه روز بعد از ترخیص <input type="checkbox"/> هر هفته یکبار <input type="checkbox"/> هر دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> ماهی یکبار <input type="checkbox"/> سایر: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                   |                                       |
| <b>ز- بررسی وضعیت عمومی و خود مراقبتی بیمار (این قسمت در هر بار پیگیری تلفنی پرسیده شود)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                   |                                       |
| ۱- علائم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد. <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل سه علامت را نام ببرد.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                   |                                       |

|                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۲- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.                                                                                                                                                  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (داروها را نام ببرد.)                                                                 |
| ۳- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.                                                                                                                             | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل سه علامت خطر را نام ببرد.)                                                     |
| ۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.                                                                                                                                        | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده صحیح و طبق دستور پزشک و استفاده از جعبه قرص شود.) |
| ۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند.                                                                                                                                                         | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است؟                           |
| ۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند.                                                                                                                                               | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                     |
| ۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند. (در صورت وجود درد)                                                                                                                            | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                     |
| ۸- راهکارهای پیشگیری و مدیریت علایم مندرج در بخش "ه" را می داند.                                                                                                                            | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟                     |
| ۹- نحوه مصرف پرل TNG و نحوه نگهداری از آن را می داند.                                                                                                                                       | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۱۰- به صورت منظم و دوره ای فشار خون و نبض را در منزل اندازه گیری می کند.                                                                                                                    | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> طی هفته گذشته افت فشارخون و نبض داشته است؟                                            |
| ۱۱- بیمار هرگونه درد (اپی گاستر، هیپوگاستر، درد پشت و بازوها واز فک تا ناف) را درد قلبی تلقی کرده و اقدامات لازم را انجام می دهد. در صورت عدم تسکین به نزدیکترین مرکز درمانی مراجعه می کند. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۱۲- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می داند.                                                                                                                  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است؟                                   |
| ۱۳- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.                                                                                                                                     | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۵ مورد را نام ببرد.)                                                           |
| ۱۴- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است.                                                                                                                                             | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد.)                                                   |
| ۱۵- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با بیماری به اورژانس مراجعه کرده است.                                                                                                                    | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است؟<br>.....<br>علت مراجعه؟.....                   |
| ۱۶- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.                                                                                                                                       | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چه مشکلی؟.....                                                           |
| ۱۷- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.                                                                                                                                                | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟                                                                            |
| ۱۸- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است.                                                                                                                 | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۱۹- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.                                                                                                                                | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....                                                       |
| ۲۰- بیمار دستورات/پیشنهادهای قبلی مشاوره تلفنی را اجرا کرده است.                                                                                                                            | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |

#### ح- ارزیابی

نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطه: دارو ☐ فعالیت ☐ علایم هشدار دهنده ☐ خودمراقبتی ☐

#### نکات مورد توجه

- ضروری است قبل از تکمیل پرسشنامه، از بیمار بخواهید تمام داروهایی را که استفاده می کند اعم از داروهایی که در زمان ترخیص تجویز شده و داروهایی که خودش بدون نسخه تهیه کرده و می خورد از جمله ویتامین ها و داروهای گیاهی، در دسترس او باشد.

- در هر مورد (بررسی وضعیت جسمی/پرسشنامه) که بیمار اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به صورت روان و راحت به او داده و سپس بازخورد گرفته شود.

- از بیمار یا مراقب وی بخواهید هر سوالی که دارد از شما بپرسد و این اطمینان را به بدهید که شما بطور کامل پاسخگو هستید.

- شماره تماسی در اختیار بیمار/مراقب وی قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در هر زمان از شما بپرسد.
- شروع پیگیری بیمار طی سه روز اول پس از ترخیص و بر اساس تواتر مشخص شده، می باشد.
- اگر بیمار هرگونه علایمی که با روش های توصیه شده معمول قابل مدیریت نباشد (علایم قلبی تنفسی، اختلال سطح هوشیاری، اختلالات حسی و حرکتی، تب و نظایر آن) داشته باشد، لازم است در اسرع وقت به مرکز درمانی مراجعه کند.

| تاریخ تماس | نتیجه تماس                                                    | علت عدم پاسخ | ساعت شروع مکالمه | ساعت پایان مکالمه | نام پرستار پیگیری | امضا |
|------------|---------------------------------------------------------------|--------------|------------------|-------------------|-------------------|------|
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |



**پیوست ۱۰**

**بیمار مبتلا به اختلالات روانپزشکی**

| الف- اطلاعات بیمار                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| نام و نام خانوادگی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | نام پدر:                                                                                                                                                                                                                                                            | سن (سال):  |
| کد ملی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | فرد مصاحبه شونده: بیمار <input type="checkbox"/> همراه/ مراقب بیمار <input type="checkbox"/> نام همراه/مراقب:...                                                                                                                                                    |            |
| وضعیت تاهل:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | شغل:                                                                                                                                                                                                                                                                | تحصیلات:   |
| شماره تماس:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| شماره تماس همراه/ مراقب بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| محل سکونت بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | منزل شخصی <input type="checkbox"/> مراکز نگهداری <input type="checkbox"/> منزل فرزندان <input type="checkbox"/> سایر .....                                                                                                                                          |            |
| ب- اطلاعات بالینی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| تشخیص بیماری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | تاریخ بستری:                                                                                                                                                                                                                                                        | بخش بستری: |
| حساسیت : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> حساسیت به داروها <input type="checkbox"/> باذکر نام:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | مواد غذایی <input type="checkbox"/> باذکر نام:.....                                                                                                                                                                                                                 |            |
| عوامل محیطی <input type="checkbox"/> باذکر نام:..... سایر:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| نوع درمان : دارودرمانی <input type="checkbox"/> روان درمانی <input type="checkbox"/> خانواده درمانی <input type="checkbox"/> شوک درمانی <input type="checkbox"/> سایر .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| ج- بررسی وضعیت جسمی بیمار                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| اختلال حرکتی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، از کدام وسیله استفاده می کند؟ واکر <input type="checkbox"/> عصا <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| درد: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| بیماری مزمن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/><br><br>در صورت بلی، کدام بیماری؟<br>دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون:<br>فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون:<br>کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | در مورد این بیماری کدام اقدام / اقدام هایی را انجام داده است؟<br>۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند.<br>۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند.<br>۳- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند.<br>۴- خود درمانی انجام می دهد.<br>۵- اقدامی انجام نداده است. |            |
| زخم بستر: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> درجه بندی: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| د- بررسی وضعیت روانی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| فعالیت روانی- حرکتی:..... نگرش:..... کلام:..... هیجان ( خلق و عاطفه):..... ادراک:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| تفکر ( فرم و محتوا):..... حافظه:..... تمرکز:..... قضاوت:..... بینش:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو ها : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| آیا اقدام دیگری غیر از دارودرمانی انجام داده است: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| اقدام قبلی خودکشی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| ه- علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| پرخاشگری <input type="checkbox"/> کم خوابی <input type="checkbox"/> قطع خودسرانه دارو <input type="checkbox"/> فرار از منزل <input type="checkbox"/> هذیان <input type="checkbox"/> توهم <input type="checkbox"/> بی اشتها <input type="checkbox"/> توهم <input type="checkbox"/> وسواس <input type="checkbox"/> استرس <input type="checkbox"/> بیش فعالی <input type="checkbox"/><br>و لخرجی <input type="checkbox"/> بدبینی <input type="checkbox"/> افکار خودکشی <input type="checkbox"/> اقدام به خودکشی <input type="checkbox"/> عدم ارتباط <input type="checkbox"/> آسیب به دیگران <input type="checkbox"/> غذا نخوردن <input type="checkbox"/> اختلال خواب <input type="checkbox"/> سایر ذکر شود:.....<br>هیچ گونه علایمی ندارد <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| و- توانر پیگیری                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| طی سه روز بعد از ترخیص <input type="checkbox"/> هر هفته یکبار <input type="checkbox"/> هر دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> ماهی یکبار <input type="checkbox"/> سایر:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| ز- بررسی وضعیت عمومی و خود مراقبتی بیمار (این قسمت در هر بار پیگیری تلفنی پرسیده شود)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |

|                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.                                                                                                                           | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت را نام ببرد.)                                                          |
| ۲- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.                                                                                                                                    | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (داروها را نام ببرد.)                                                                 |
| ۳- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.                                                                                                               | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل سه علامت خطر را نام ببرد.)                                                     |
| ۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.                                                                                                                          | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده صحیح و طبق دستور پزشک و استفاده از جعبه قرص شود.) |
| ۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند.                                                                                                                                           | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است؟)                         |
| ۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند.                                                                                                                                 | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟)                   |
| ۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند (در صورت وجود درد).                                                                                                              | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟)                   |
| ۸- راهکارهای پیشگیری و مدیریت علایم مندرج در بخش "ه" را می داند.                                                                                                              | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟)                   |
| ۹- در مورد ضرورت تداوم مصرف یا کم و زیاد کردن خودسرانه داروهای خود می داند.                                                                                                   | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۱۰- در صورت بروز عوارض دارویی می داند نباید دارو قطع شود و باید بلافاصله با واحد آموزش و پیگیری بیمار جهت مشاوره تماس بگیرد.                                                  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۱۱- علایم یا عوارض دارویی را که باید به روانپزشک مراجعه کند (لرزش دست / آبریزش از دهان / لرزش فک و دهان / گیجی / افت فشار ناگهانی / تشنج) می داند.                            | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۱۲- از آزمایشاتی که در طول دوره مصرف دارو باید انجام دهد، اطلاع دارد (CBC، سطح سرمی لیتیم و سایر داروها).                                                                     | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۱۳- بیمار می داند در صورت نیاز باید با چه شماره ای تماس بگیرد یا به چه مکانی مراجعه کند                                                                                       | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۱۴- از مراکز ارائه دهنده خدمات مراقبت در منزل اطلاع دارد.                                                                                                                     | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۱۵- می داند در شرایط و موقعیت های تنش زا و پیش از تصمیم گیری های مهم نظیر تغییر شغل، ازدواج، شرکت در آزمون های خاص، مسافرت، طلاق و بارداری باید با روانپزشک خود مشورت کند.    | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۱۶- زمان مراجعه بعدی / ویزیت دوره ای مراجعه به درمانگاه / مطب پزشک مربوطه را می داند.                                                                                         | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است؟)                                 |
| ۱۷- در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است.                                                                                                                                     | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد.)                                                   |
| ۱۸- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با بیماری روان به اورژانس مراجعه کرده است.                                                                                                 | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است؟..... علت مراجعه؟)                             |
| ۱۹- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.                                                                                                                         | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت بلی، چه مشکلی؟.....)                                                         |
| ۲۰- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.                                                                                                                                  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (چه اقدامی؟)                                                                          |
| ۲۱- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است.                                                                                                   | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۲۲- بیمار / خانواده علاقه / رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.                                                                                                      | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....)                                                     |
| ۲۳- بیمار دستورات / پیشنهادهای قبلی مشاوره تلفنی را اجرا کرده است.                                                                                                            | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| <b>ح- ارزیابی</b>                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                 |
| نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطه: دارو <input type="checkbox"/> فعالیت <input type="checkbox"/> علایم هشدار دهنده <input type="checkbox"/> خودمراقبتی <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                 |

**نکات مورد توجه:**

- ضروری است قبل از تکمیل پرسشنامه، از بیمار بخواهید تمام داروهایی را که استفاده می کند اعم از داروهایی که در زمان ترخیص تجویز شده و داروهایی که خودش بدون نسخه تهیه کرده و می خورد از جمله ویتامین ها و داروهای گیاهی، در دسترس او باشد.
- در هر مورد (بررسی وضعیت جسمی/ پرسشنامه) که بیمار اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به صورت روان و راحت به او داده و سپس بازخورد گرفته شود.
- از بیمار یا مراقب وی بخواهید هر سؤالی که دارد از شما بپرسد و این اطمینان را به بدهید که شما بطور کامل پاسخگو هستید.
- شماره تماسی در اختیار بیمار/مراقب وی قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در هر زمان از شما بپرسد.
- شروع پیگیری بیمار طی سه روز اول پس از ترخیص و بر اساس تواتر مشخص شده، می باشد.
- اگر بیمار هرگونه علایمی که با روش های توصیه شده معمول قابل مدیریت نباشد (علایم قلبی تنفسی، اختلال سطح هوشیاری، اختلالات حسی و حرکتی، تب و نظایر آن) داشته باشد، لازم است در اسرع وقت به مرکز درمانی مراجعه کند.

| تاریخ تماس | نتیجه تماس                                                    | علت عدم پاسخ | ساعت شروع مکالمه | ساعت پایان مکالمه | نام پرستار پیگیری | امضا |
|------------|---------------------------------------------------------------|--------------|------------------|-------------------|-------------------|------|
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |

پیوست ۱۱

بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                      |                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| الف- اطلاعات بیمار                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                      |                                           |
| نام و نام خانوادگی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | نام پدر:                                                                                                             | سن (سال):                                 |
| تاریخ ترخیص:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                      |                                           |
| کد ملی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | فرد مصاحبه شونده: بیمار <input type="checkbox"/> همراه/ مراقب بیمار <input type="checkbox"/> نام همراه/مراقب:...     |                                           |
| وضعیت تاهل:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | شغل:                                                                                                                 | تحصیلات:                                  |
| نوع بیمه:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                      |                                           |
| شماره تماس:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | شماره تماس همراه/ مراقب بیمار:                                                                                       |                                           |
| محل سکونت بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | منزل شخصی <input type="checkbox"/>                                                                                   | مراکز نگهداری <input type="checkbox"/>    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | منزل فرزندان <input type="checkbox"/>                                                                                | سایر ..... <input type="checkbox"/>       |
| ب- اطلاعات بالینی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                      |                                           |
| تشخیص بیماری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | تاریخ بستری:                                                                                                         |                                           |
| بخش بستری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | تعداد روزهای بستری در بیمارستان:                                                                                     |                                           |
| حساسیت : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | حساسیت به داروها <input type="checkbox"/> باذکر نام:.....                                                            |                                           |
| عوامل محیطی <input type="checkbox"/> باذکر نام:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | مواد غذایی <input type="checkbox"/> باذکر نام:.....                                                                  |                                           |
| ج- بررسی وضعیت جسمی بیمار                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                      |                                           |
| اختلال حرکتی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | دارد <input type="checkbox"/>                                                                                        | ندارد <input type="checkbox"/>            |
| در صورت پاسخ مثبت، از کدام وسیله استفاده می کند؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | واکر <input type="checkbox"/>                                                                                        | عصا <input type="checkbox"/>              |
| ویلچر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                      |                                           |
| درد: دارد <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ندارد <input type="checkbox"/>                                                                                       |                                           |
| در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |                                           |
| در صورت بلی، چه مشکلی؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | در مورد این بیماری چه اقدام/ اقدام هایی انجام داده است؟                                                              |                                           |
| دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون کنترل شده:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند.                                                                             |                                           |
| فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون کنترل شده :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند.                                                                            |                                           |
| قلبی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ۳- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند.                                                                         |                                           |
| سایر:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ۴- خود درمانی انجام می دهد.                                                                                          |                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ۵- اقدامی انجام نداده است.                                                                                           |                                           |
| زخم بستری: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> درجه بندی:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                      |                                           |
| د- بررسی وضعیت روانی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                      |                                           |
| اختلال روانی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:..... آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |                                           |
| نام دارو: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                      |                                           |
| اختلال حافظه: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                   |                                           |
| نام دارو: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                      |                                           |
| اختلال خواب: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                   |                                           |
| نام دارو: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                      |                                           |
| ه- علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                      |                                           |
| تنگی نفس شبانه <input type="checkbox"/> ضعف <input type="checkbox"/> خستگی <input type="checkbox"/> تپش قلب <input type="checkbox"/> افزایش وزن <input type="checkbox"/> بی اشتها <input type="checkbox"/> بی خوابی <input type="checkbox"/> تورم اندام ها <input type="checkbox"/> آسیت <input type="checkbox"/> درد <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> |                                                                                                                      |                                           |
| یبوست <input type="checkbox"/> بی اختیاری ادرار <input type="checkbox"/> کرامپ عضلانی <input type="checkbox"/> خارش <input type="checkbox"/> الیگوری <input type="checkbox"/> آنوری <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> مشکلات پوستی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> عفونت <input type="checkbox"/>                                                       |                                                                                                                      |                                           |
| افزایش فشارخون <input type="checkbox"/> خواب آلودگی <input type="checkbox"/> احساس سنگینی قفسه سینه <input type="checkbox"/> درد مفاصل <input type="checkbox"/> رنگ پریدگی <input type="checkbox"/> پتشی/اکیموز <input type="checkbox"/> ناتوانی جنسی <input type="checkbox"/>                                                                                                                              |                                                                                                                      |                                           |
| تنگی نفس هنگام فعالیت <input type="checkbox"/> بوی بد دهان <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> تحریک پذیری <input type="checkbox"/> کما <input type="checkbox"/> سایر:.....                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                      |                                           |
| و- تواتر پیگیری                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                      |                                           |
| طی سه روز بعد از ترخیص <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | هر هفته یکبار <input type="checkbox"/>                                                                               | هر دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> |
| ماهی یکبار <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | سایر:..... <input type="checkbox"/>                                                                                  |                                           |

| ز- بررسی وضعیت عمومی و خود مراقبتی بیمار (این قسمت در هر بار پیگیری تلفنی پرسیده شود)                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.                                                                                                                                                                                      | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل سه علامت را نام ببرد.)                                                         |
| ۲- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.                                                                                                                                                                                               | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (داروها را نام ببرد.)                                                                 |
| ۳- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.                                                                                                                                                                          | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل سه علامت خطر را نام ببرد.)                                                     |
| ۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.                                                                                                                                                                                     | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده صحیح و طبق دستور پزشک و استفاده از جعبه قرص شود.) |
| ۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند.                                                                                                                                                                                                      | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است؟)                         |
| ۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند.                                                                                                                                                                                            | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟)                   |
| ۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند (در صورت وجود درد).                                                                                                                                                                         | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟)                   |
| ۸- راهکارهای پیشگیری و مدیریت علایم مندرج در بخش "ه" را می داند.                                                                                                                                                                         | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟)                   |
| ۹- نحوه توزین صحیح و ثبت آن را می داند.                                                                                                                                                                                                  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۱۰- مقدار مایعات مجاز روزانه را می داند.                                                                                                                                                                                                 | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۱۱- کنترل فشارخون را به صورت مرتب انجام می دهد.                                                                                                                                                                                          | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۱۲- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می داند.                                                                                                                                                               | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است؟)                                 |
| ۱۳- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.                                                                                                                                                                                  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۵ مورد را نام ببرد)                                                            |
| ۱۴- آزمایشات دوره ای را انجام داده است.                                                                                                                                                                                                  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نتیجه آزمایش .....                                                                    |
| ۱۵- در صورت دیالیز روتین به صورت مرتب پیگیری می نماید.                                                                                                                                                                                   | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۱۶- در صورت وجود فیستول یا کاتتر شالودن مراقبت های لازم را می داند.                                                                                                                                                                      | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۱۷- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است.                                                                                                                                                                                          | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد.)                                                   |
| ۱۸- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با بیماری به اورژانس مراجعه کرده است.                                                                                                                                                                 | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است؟).....<br>علت مراجعه: .....                    |
| ۱۹- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.                                                                                                                                                                                    | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت بلی، چه مشکلی؟).....                                                         |
| ۲۰- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.                                                                                                                                                                                             | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟                                                                            |
| ۲۱- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است.                                                                                                                                                              | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ۲۲- بیمار علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.                                                                                                                                                                            | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت خیر، دلایل ذکر شود).....                                                     |
| ۲۳- بیمار دستورات /پیشنهادهای قبلی مشاوره تلفنی را اجرا کرده است.                                                                                                                                                                        | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| ح- ارزیابی                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                 |
| نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطه: دارو <input type="checkbox"/> فعالیت <input type="checkbox"/> علایم هشدار دهنده <input type="checkbox"/> خودمراقبتی <input type="checkbox"/>                                                            |                                                                                                                                                 |
| نکات مورد توجه                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                 |
| - ضروری است قبل از تکمیل پرسشنامه، از بیمار بخواهید تمام داروهایی را که استفاده می کند اعم از داروهایی که در زمان ترخیص تجویز شده و داروهایی که خودش بدون نسخه تهیه کرده و می خورد از جمله ویتامین ها و داروهای گیاهی، در دسترس او باشد. |                                                                                                                                                 |

- در هر مورد (بررسی وضعیت جسمی/ پرسشنامه) که بیمار اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به صورت روان و راحت به او داده و سپس بازخورد گرفته شود.
- از بیمار یا مراقب وی بخواهید هر سؤالی که دارد از شما بپرسد و این اطمینان را به بدهید که شما بطور کامل پاسخگو هستید.
- شماره تماسی در اختیار بیمار/مراقب وی قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در هر زمان از شما بپرسد.
- شروع پیگیری بیمار طی سه روز اول پس از ترخیص و بر اساس تواتر مشخص شده، می باشد.
- اگر بیمار هرگونه علایمی که با روش های توصیه شده معمول قابل مدیریت نباشد (علایم قلبی تنفسی، اختلال سطح هوشیاری، اختلالات حسی و حرکتی، تب و نظایر آن) داشته باشد، لازم است در اسرع وقت به مرکز درمانی مراجعه کند.

| تاریخ تماس | نتیجه تماس                                                    | علت عدم پاسخ | ساعت شروع مکالمه | ساعت پایان مکالمه | نام پرستار پیگیری | امضا |
|------------|---------------------------------------------------------------|--------------|------------------|-------------------|-------------------|------|
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |

**پیوست ۱۲**

| مداخلات پرستاری در واحد                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | سطح بندی افراد دارای دیابت                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>* تکرار آموزش برای بیمار و خانواده</p> <p>* کنترل نحوه مصرف دارو توسط بیمار و اصلاح اشکالات</p> <p>* آموزش تغذیه و نکات کاربردی جهت رژیم غذایی مناسب</p> <p>* یاد آوری علائم هشدار به بیمار و خانواده</p> <p>* تشویق بیمار و خانواده به کنترل وزن روزانه و محدودیت مواد غذایی مضر</p> <p>* شناسایی موانع تبعیت از درمان و مشکلات روانی بیمار</p> <p>* توصیه شود میزان قند خون و وزن با ذکر تاریخ در دفترچه ای ثبت گردد.</p>                                                                                          | <p><u>ناحیه سبز/ ایمن: پیگیری ماهانه</u></p> <p>* عدم وجود علائم هایپوگلیسمی</p> <p>* تبعیت از رژیم درمانی مناسب (تغذیه صحیح، تحرک، مصرف منظم داروها)</p> <p>* طبیعی بودن آزمایش ها</p> <p>* <math>HbA^{1c}</math> کمتر از ۷ درصد</p> <p>* FBS در محدوده ۷۰-۱۳۰</p> <p>* قند دو ساعت بعد از غذا زیر ۱۸۰ و ایده آل زیر ۱۶۰</p> <p>* فشارخون کمتر از ۱۴۰/۹۰</p>                                                                                                                                 |
| <p>* تاکید به بیمار/ مراقب و یا خانواده وی در خصوص تماس با پزشک معالج بیمار و اطلاع وضعیت بیمار به آن</p> <p>* گرفتن دستورات تلفنی از پزشک معالج</p> <p>* تدوین برنامه مراقبت بر اساس بررسی انجام شده و دستورات پزشک</p> <p>* اجرای برنامه مراقبت و دستورات پزشک و تجویز و تنظیم داروها</p> <p>* آموزش دستورات دارویی و رژیم غذایی به بیمار و خانواده</p> <p>* آموزش تغییرات اعمال شده در دستورات پزشک</p> <p>* توصیه اکید به انجام آزمایش ها مبتنی بر دستور پزشک</p> <p>* پیگیری و بررسی جواب آزمایش های انجام شده</p> | <p><u>ناحیه زرد/ هشدار: وجود یک تا دو مورد از علائم زیر- پیگیری هفته ای یکبار</u></p> <p>* وجود دو تا سه مورد از علائم هایپوگلیسمی/ حداقل ۳ بار در هفته</p> <p>دچار هایپو گلیسمی</p> <p>* شروع زخم دیابتی</p> <p>* عدم استفاده منظم از داروها در طی یک هفته گذشته</p> <p>* متحمل شدن فشار و استرس در ۷۲ ساعت گذشته</p> <p>* <math>HbA^{1c}</math> در محدوده ۹ تا ۷</p> <p>* FBS در محدوده ۲۰۰-۱۳۰</p> <p>* فشارخون بیشتر از ۱۴۰/۹۰</p>                                                        |
| <p>• آموزش اقدامات حمایتی جهت تثبیت وضعیت بیمار</p> <p>• تماس با اورژانس و هماهنگی جهت انتقال بیمار به بیمارستان</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p><u>ناحیه قرمز (اورژانس) یعنی وجود یکی از علائم زیر (پیگیری روزانه تا بستری در بیمارستان)</u></p> <p>* دارای یکی از علائم حاد هایپوگلیسمی باشد</p> <p>* دارای یکی از علائم هایپرگلیسمی باشد</p> <p>* داراری یکی از علائم حمله قلبی مانند تنگی نفس و یا درد قلبی و ... باشد</p> <p>* <math>HbA^{1c}</math> در محدوده تا ۹ و یا افت آن به زیر ۴</p> <p>* FBS در محدوده ۳۰۰ و بالاتر</p> <p>* فشارخون غیر طبیعی</p> <p>* آزمایش مختل قند و چربی (FBS, TG, <math>HbA^{1c}</math> CHOL, LDL)</p> |

**پیوست ۱۳**

| مداخلات پرستاری در واحد                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | سطح بندی افراد مبتلا به سرطان                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>آموزش بیمار و خانواده متناسب با نیازهای آموزشی احصا شده و علایم هشدار دهنده</li> <li>یادآوری و آموزش علایم هشدار به بیمار، خانواده یا مراقب</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p><b>ناحیه سبز/ ایمن: پیگیری ماهانه</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>عدم وجود علایم هشدار دهنده مانند: عفونت، تب بالای ۳۷ درجه، موکوزیت درجه یک و ...</li> <li>تبعیت از برنامه درمانی و مراقبتی طراحی شده (تغذیه صحیح، تحرک کافی و مصرف منظم داروها)</li> <li>طبیعی بودن آزمایش های پاراکلینیکی</li> <li>عدم وجود علایم نوروپاتی</li> <li>عدم وجود درد یا درد خفیف، نداشتن بی قراری و تحریک پذیری</li> <li>*عدم وجود علایم گوارشی (تهوع، استفراغ، یبوست و اسهال)</li> <li>فعالیت فیزیکی طبیعی</li> <li>عدم وجود تنگی نفس در فعالیت متوسط</li> <li>مراجعه به موقع جهت انجام کارهای درمانی مانند انجام شیمی درمانی، آزمایش های روتین و ..</li> </ul>                                                                                                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>تاکید به بیمار/مراقب یا خانواده در خصوص تماس با پزشک معالج بیمار و گزارش وضعیت بیمار به وی جهت اخذ دستورات تلفنی از پزشک معالج</li> <li>تدوین برنامه مراقبت براساس بررسی انجام شده و دستورات پزشک توسط پرستار واحد</li> <li>آموزش به بیمار و خانواده متناسب با نیازهای آموزشی احصا شده و علایم هشدار دهنده</li> <li>توصیه اکید به انجام آزمایش ها مبتنی بر دستور پزشک</li> <li>پیگیری و بررسی جواب آزمایش های انجام شده</li> </ul> | <p><b>ناحیه زرد/ هشدار: وجود یک تا دو مورد از علایم زیر- پیگیری هفته ای یکبار</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>وجود یک مورد از علایم عفونت که به داروی خوراکی پاسخ دهد.</li> <li>موکوزیت درجه ۲</li> <li>وجود علایم گوارشی تهوع و استفراغ حداکثر ۲ بار در روز و اسهال حداکثر یک بار در روز</li> <li>وجود درد و یک مورد از علایم عفونت</li> <li>پارستزی خفیف و مشکل در راه رفتن</li> <li>پلاکت بالاتر یا مساوی ۲۰ هزار بدون علامت و خونریزی</li> <li>هموگلوبین مساوی یا بیشتر از ۷</li> <li>عدم برطرف شدن نوتروپنی در کمتر از ۷ روز (نوتروفیل بین <math>500/mm^3</math> تا <math>1000</math>)</li> <li>عدم تبعیت از درمان در طی یک هفته گذشته</li> <li>وجود تب بالاتر از <math>37.7/7</math> حداقل یک نوبت در مرحله بهبود بیماران مبتلا به ALL، NHL (Non-Hodgkin lymphoma) یا هر solid tumor دیگری</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>آموزش اقدامات حمایتی جهت تثبیت وضعیت بیمار</li> <li>تماس با اورژانس و هماهنگی جهت انتقال بیمار به بیمارستان</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p><b>ناحیه قرمز (اورژانس) یعنی وجود یکی از علایم زیر (پیگیری روزانه تا بستری در بیمارستان)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>وجود علایم عفونت دو مورد یا بیشتر</li> <li>وجود خونریزی از دهان و رکتوم و کبودی در بدن</li> <li>آزمایش ihd پاراکلینیکی غیرطبیعی (آنمی، نوتروپنی طول کشیده بیشتر یا مساوی ۷ روز) (وجود ANC <math>500</math> تا <math>1000</math>) و ترومبوسیتوپنی شدید، افزایش آنزیم های کبدی و شمارش مطلق نوتروفیل کمتر از <math>500/mm^3</math></li> <li>موکوزیت درجه ۳ و ۴</li> <li>وجود علایم نوروپاتی شدید عدم پاسخ به درمان</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                     |



|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• احساس خستگی شدید</li> <li>• سرفه همراه با افزایش تنگی نفس در فعالیت، تغییر در سرفه یا تولید خلط، سرفه ی غیر قابل کنترل، ویز، رال و کراکل</li> <li>• وجود علایم توکسیک</li> <li>• وجود علایم گوارشی (تهوع، استفراغ، اسهال، یبوست و بی اشتها) که بیش از ۲ بار در روز</li> <li>• افزایش تورم</li> <li>• درد شدید و بالاتر از ۷ در مقیاس VAS</li> <li>• وجود هر یک از علایم هشدار بیماری</li> <li>• اولیگوری (حجم ادرار کمتر از ۳۰ سی سی در هر ساعت)</li> </ul> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| مداخلات پرستاری در واحد                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | سطح بندی افراد دارای اختلالات روان                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>آموزش بیمار و خانواده متناسب با نیازهای آموزشی احصا شده و علایم هشدار دهنده</li> <li>یادآوری و آموزش علایم هشدار به بیمار، خانواده یا مراقب</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p><u>ناحیه سبز / ایمن: پیگیری ماهانه</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>همکاری خوب</li> <li>ارتباط خوب</li> <li>پذیرش درمان</li> <li>عدم وجود آسیب به خود یا دیگران</li> <li>عدم وجود اختلال رفتاری یا دیسترس</li> <li>عدم وجود توهم یا هذیان</li> </ul>                                                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>تاکید به بیمار یا مراقب یا خانواده در خصوص تماس با پزشک معالج بیمار و گزارش وضعیت بیمار به وی جهت اخذ دستورات تلفنی از پزشک معالج</li> <li>در صورت عدم پاسخگویی یا عدم دسترسی به پزشک معالج، توصیه به مراجعه به اورژانس بیمارستان مربوطه</li> <li>تدوین برنامه مراقبت براساس بررسی انجام شده و دستورات پزشک توسط پرستار واحد</li> <li>آموزش به بیمار و خانواده متناسب با نیازهای آموزشی احصا شده و علایم هشدار دهنده</li> <li>توصیه اکید به اجرای آموزش های ارایه شده</li> </ul> | <p><u>ناحیه زرد/ هشدار: وجود یک تا دو مورد از علایم زیر - پیگیری هفته ای یکبار</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>بی قراری</li> <li>خلق بالا و تحریک پذیر</li> <li>افسردگی با افت عملکرد</li> <li>وسواس شدید</li> <li>سوء مصرف مواد</li> <li>توهم</li> <li>هذیان</li> <li>رفتار عجیب</li> <li>عوارض دارویی</li> <li>خطر آسیب به خود یا دیگران</li> <li>عدم مصرف داروها</li> <li>اختلالات خواب و خوردن</li> <li>درد</li> </ul>                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>آموزش اقدامات حمایتی جهت تثبیت وضعیت بیمار</li> <li>تماس با اورژانس و هماهنگی جهت انتقال بیمار به بیمارستان</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p><u>ناحیه قرمز (اورژانس) یعنی وجود یکی از علایم زیر (پیگیری روزانه تا بستری در بیمارستان)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>کاهش سطح هوشیاری</li> <li>بی قراری بسیار شدید</li> <li>گیجی، اختلال در علایم حیاتی</li> <li>خواب آلودگی</li> <li>اختلال جهت یابی</li> <li>درد و دیسترس شدید</li> <li>عدم آگاهی به زمان و مکان</li> <li>اقدام به فرار</li> <li>افکار خودکشی و دگرکشی</li> <li>اقدام به خودکشی و دگرکشی</li> <li>پرخاشگری</li> </ul> |

|  |                                                                                                                                                                                                  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• آسیب به خود و دیگران</li><li>• توهم آمرانه و هذیان شدید</li><li>• کاتاتونیا</li><li>• تجاوز جنسی</li><li>• سو مصرف بالای مواد و دارو (مسمومیت)</li></ul> |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| مداخلات پرستاری در واحد                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | سطح بندی افراد دارای نارسایی مزمن کلیوی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>آموزش بیمار و خانواده متناسب با نیازهای آموزشی احصا شده و علایم هشدار دهنده</li> <li>یادآوری و آموزش علایم هشدار به بیمار، خانواده یا مراقب</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p><b>ناحیه سبز/ ایمن: پیگیری ماهانه</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>عدم وجود علایم اورمیک مانند: تهوع، استفراغ، ادم صبحگاهی و بوی ادرار/ اوره از دهان</li> <li>تبعیت از برنامه درمانی و مراقبتی طراحی شده (تغذیه صحیح، تحرک کافی، مصرف منظم داروها، مراجعات به موقع جهت انجام آزمایش های پاراکلینیکی و ویزیت های دوره ای پزشک و ...)</li> <li>نرمال بودن آزمایشات پاراکلینیکی مانند روند کاهشی دفع پروتئین، کراتین، اوره و اسید اوریک</li> <li>عدم ابتلا به بیماری های زمینه ای ایجاد کننده اختلال در روند بهبود نظیر دیابت و فشارخون</li> <li>فشارخون کنترل شده یا کمتر از ۱۴۰/۹۰</li> <li>عدم وجود ادم اندام ها</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>تاکید به بیمار/مراقب یا خانواده در خصوص تماس با پزشک معالج بیمار و گزارش وضعیت بیمار به وی جهت اخذ دستورات تلفنی از پزشک معالج در صورت عدم پاسخگویی یا عدم دسترسی به پزشک معالج توصیه به مراجعه به اورژانس مرکز سوختگی یا بیمارستان مربوطه</li> <li>تدوین برنامه مراقبت براساس بررسی انجام شده و دستورات پزشک توسط پرستار واحد آموزش و پیگیری بیمار</li> <li>آموزش به بیمار و خانواده متناسب با نیازهای آموزشی احصا شده و علایم هشدار دهنده</li> <li>توصیه اکید به انجام آموزش های ارائه شده</li> </ul> | <p><b>ناحیه زرد/ هشدار: وجود یک تا دو مورد از علایم زیر- پیگیری هفته ای یکبار</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>وجود یک یا دو مورد از علام اورمیک سه بار در هفته مانند: تهوع، استفراغ، ادم صبحگاهی، عدم برون ده ادراری، تنفس کاسمال، شبم اورمیک، و استشمام بوی ادرار/ اوره از دهان</li> <li>عدم تبعیت از برنامه درمانی و مراقبتی طراحی شده طی ده روز گذشته مانند: تغذیه صحیح، تحرک کافی و مصرف منظم داروها، مراجعات به موقع جهت انجام آزمایشات پاراکلینیکی و ویزیت های دوره ای پزشک و ..</li> <li>تغییرات غیر طبیعی آزمایشات پاراکلینیکی مانند روند افزایشی دفع پروتئین، کراتین، افزایش سطح اوره و پتاسیم</li> <li>فشارخون بیشتر یا مساوی از ۱۴۰/۹۰</li> <li>وجود علایم عفونت مانند: وجود تب بالاتر از ۳۷/۷، عفونت محل فیستول و ساب کلونین</li> <li>عدم وجود تریل یا سوفل در محل فیستول</li> <li>پیشرفت بیماری زمینه ای مانند تشنج، بیماری قلبی، دیابت، فشارخون بالا، سرطان و ...</li> <li>شروع بروز عوارض داروها و تداخلات دارویی مانند عوارض گوارشی، پوستی و ...</li> <li>عفونت</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>آموزش اقدامات حمایتی جهت تثبیت وضعیت بیمار</li> <li>تماس با اورژانس و هماهنگی جهت انتقال بیمار به بیمارستان</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p><b>ناحیه قرمز (اورژانس) یعنی وجود یکی از علایم زیر (پیگیری روزانه تا بستری در بیمارستان)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>وجود دو مورد یا بیشتر از علائم حاد اورمیک و ازوتمی مانند: سردردهای طولانی، تهوع و استفراغ مداوم، کاهش مقدار ادرار یا تکرر ادرار، تنگی نفس شدید و ...</li> <li>علائم حاد الکترولیتی</li> <li>وجود تب بالاتر از ۳۸</li> <li>تغییرات غیر طبیعی و شدید آزمایشات پاراکلینیکی مانند کراتین بالای ۱۰، پتاسیم بالای ۶ و ...</li> <li>کاهش سطح هوشیاری/ لتارژی</li> <li>بی حرکتی به دلیل ادم/ تورم شدید در اندام های تحتانی</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| مداخلات پرستاری در واحد                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | سطح بندی افراد دچار سوختگی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>آموزش بیمار و خانواده متناسب با نیازهای آموزشی احصا شده و علایم هشدار دهنده</li> <li>یادآوری و آموزش علایم هشدار به بیمار، خانواده یا مراقب</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p><b>ناحیه سبز/ ایمن: پیگیری ماهانه</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>عدم وجود علائم هشدار دهنده مانند: عفونت، تب بالای ۳۷ درجه</li> <li>تبعیت از برنامه درمانی و مراقبتی طراحی شده (تغذیه صحیح، تحرک کافی و مصرف منظم داروها)</li> <li>نرمال بودن آزمایشات پاراکلینیکی مانند کاهش فاکتورهای التهابی CRP و ESR پس از ۱۴ روز</li> <li>عدم ابتلا به بیماری های زمینه ای ایجاد کننده اختلال در روند بهبود زخم نظیر دیابت</li> <li>درد (بین اعداد ۲ الی ۶ در مقیاس VAS)</li> <li>عدم وجود علایم زخم فشاری</li> <li>سوختگی درجه ۳ کمتر از دو درصد کل سطح بدن بدون ابتلای نواحی خاص (چشم، گوش، صورت، ناحیه پرینه و مفاصل)</li> <li>انجام حرکات فعال و غیر فعال به صورت کامل در دامنه حرکتی مفاصل</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>تاکید به بیمار/مراقب یا خانواده در خصوص تماس با پزشک معالج بیمار و گزارش وضعیت بیمار به وی جهت اخذ دستورات تلفنی از پزشک معالج در صورت عدم پاسخگویی یا عدم دسترسی به پزشک معالج توصیه به مراجعه به اورژانس مرکز سوختگی یا بیمارستان مربوطه</li> <li>تدوین برنامه مراقبت براساس بررسی انجام شده و دستورات پزشک توسط پرستار واحد آموزش و پیگیری بیمار</li> <li>آموزش به بیمار و خانواده متناسب با نیازهای آموزشی احصا شده و علایم هشدار دهنده</li> <li>توصیه اکید به انجام آموزش های ارایه شده</li> </ul> | <p><b>ناحیه زرد/ هشدار: وجود یک تا دو مورد از علایم زیر- پیگیری هفته ای یکبار</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>وجود یک مورد از علائم هشدار دهنده مانند: عفونت</li> <li>سوختگی درجه دوم (۱۵ تا ۲۵ درصد کل سطح بدن در بزرگسالان و ۱۰ تا ۲۰ درصد کل سطح بدن در کودکان)</li> <li>عدم تبعیت از برنامه درمانی و مراقبتی طراحی شده (تغذیه صحیح، تحرک کافی و مصرف منظم داروها و ...)</li> <li>وجود علایم گوارشی تهوع، استفراغ، زخم گوارشی، بی اشتها یا سوء تغذیه</li> <li>تغییرات وزنی (افزایش/ کاهش وزن)</li> <li>وجود تب بالاتر از ۳۷/۷</li> <li>بیماران سوختگی دارای بیماری زمینه ای همراه مانند تشنج، بیماری قلبی، دیابت، فشارخون بالا، سرطان و ...</li> <li>بیماران دچار سوختگی آسیب پذیر مانند: مادران باردار، نوزادان، سالمندان، معلولین ذهنی، افراد دارای ضعف سیستم ایمنی، سکتة مغزی، سکتة قلبی و افراد دارای سابقه بستری در بخش مراقبت های ویژه بزرگسالان</li> <li>افراد دارای علایم زخم فشاری درجه ۱ و ۲</li> <li>درد بالاتر از عدد ۶ در مقیاس VAS</li> <li>عدم همکاری در انجام حرکات فعال و غیر فعال به صورت کامل در دامنه حرکتی مفاصل</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>آموزش اقدامات حمایتی جهت تثبیت وضعیت بیمار</li> <li>تماس با اورژانس و هماهنگی جهت انتقال بیمار به بیمارستان</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p><b>ناحیه قرمز (اورژانس) یعنی وجود یکی از علایم زیر (پیگیری روزانه تا بستری در بیمارستان)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>وجود دو مورد یا بیشتر از علائم هشدار دهنده مانند: عفونت، صداهای غیر طبیعی تنفسی، تنگی نفس، سرگیجه و ...</li> <li>وجود تب بالاتر از ۳۸</li> <li>وجود مشکل در سطح هوشیاری</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• عدم تبعیت از برنامه درمانی و مراقبتی طراحی شده (تغذیه صحیح، تحرک کافی و مصرف منظم داروها، عدم تعویض پانسمان، عدم مراجعه/ انجام ویزیت پزشک و ..)</li> <li>• آزمایشات پاراکلینیکی غیرطبیعی</li> <li>• افراد دارای علایم زخم فشاری درجه ۳ و بالاتر</li> <li>• وجود علایم گوارشی شدید و غیر قابل تحمل (تهوع، استفراغ، اسهال، یبوست و بی اشتها) بیش از ۳ بار در روز</li> <li>• افزایش تورم بیش از حد مورد انتظار</li> <li>• مشاهده علایم سندرم پاسخ التهابی سیستمیک</li> <li>• متغیر بودن میزان قندخون و فشارخون در افراد دارای بیماری زمینه ای</li> </ul> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| مداخلات پرستاری در واحد                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | سطح بندی افراد دچار قطع عضو                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>آموزش بیمار و خانواده متناسب با نیازهای آموزشی احصا شده و علایم هشدار دهنده</li> <li>یادآوری و آموزش علایم هشدار به بیمار، خانواده یا مراقب</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p><b>ناحیه سبز/ ایمن: پیگیری ماهانه</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ عدم بروز (بد شکلی مفصل، کبودی ناحیه جراحی شده، تجمع خون زیر سطح پوست، نکروز، خون ریزی، ایجاد DVT، آمبولی ریه، تب و لرز، علایم کومپارتمان)</li> <li>❖ عدم وجود علایم عفونت در محل آمپوتاسیون (قرمزی، تورم، ترشحات چرکی، استنشام بوی نامتعارف از محل زخم، گسیختگی پوست، عدم بهبودی زخم، گزگز و سوزش و خارش)</li> <li>❖ تبعیت از رژیم درمانی مناسب (تغذیه صحیح، تحرک و فعالیت فیزیکی مناسب، پوزیشن مناسب بعد از آمپوتاسیون، مصرف منظم داروها، آگاهی از زمان و نحوه تعویض پانسمان)</li> <li>❖ پایداری علایم حیاتی (درجه حرارت، ریتم قلبی، فشار خون بر اساس محدوده تعیین شده توسط پزشک)</li> <li>• برخورداری مددجو و خانواده از دانش و مهارت پیگیری نیازهای مددجو از مجاری مرتبط در حوزه های مراقبتی، اجتماعی و معنوی</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• تاکید به بیمار/مراقب یا خانواده در خصوص تماس با پزشک معالج بیمار و گزارش وضعیت بیمار به وی جهت اخذ دستورات تلفنی از پزشک معالج در صورت عدم پاسخگویی یا عدم دسترسی به پزشک معالج توصیه به مراجعه به اورژانس مرکز سوختگی یا بیمارستان مربوطه</li> <li>• تدوین برنامه مراقبت براساس بررسی انجام شده و دستورات پزشک توسط پرستار واحد آموزش و پیگیری بیمار</li> <li>• آموزش به بیمار و خانواده متناسب با نیازهای آموزشی احصا شده و علایم هشدار دهنده</li> <li>• توصیه اکید به انجام آموزش های ارایه شده</li> </ul> | <p><b>ناحیه زرد/ هشدار: وجود یک تا دو مورد از علایم زیر- پیگیری هفته ای یکبار</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• وجود یک یا دو مورد از علائم اورمیک سه بار در هفته مانند: تهوع، استفراغ، ادم صبحگاهی، عدم برون ده ادراری، تنفس کاسمال، شبم اورمیک و استنشام بوی ادرار/ اوره از دهان</li> <li>• عدم تبعیت از برنامه درمانی و مراقبتی طراحی شده طی ده روز گذشته مانند: تغذیه صحیح، تحرک کافی و مصرف منظم داروها، مراجعات به موقع جهت انجام آزمایش های پاراکلینیکی و ویزیت های دوره ای پزشک و ..</li> <li>• تغییرات غیر طبیعی آزمایش های پاراکلینیکی مانند روند افزایشی دفع پروتئین، کراتین، افزایش سطح اوره و پتاسیم</li> <li>• فشارخون بیشتر یا مساوی از ۱۴۰/۹۰</li> <li>• وجود علایم عفونت مانند: وجود تب بالاتر از ۳۷/۷، عفونت محل فیستول و ساب کلاوین</li> <li>• عدم وجود تریل یا سوفل در محل فیستول</li> <li>• پیشرفت بیماری زمینه ای مانند تشنج، بیماری قلبی، دیابت، فشارخون بالا، سرطان و ...</li> <li>• شروع بروز عوارض داروها و تداخلات دارویی مانند عوارض گوارشی، پوستی و ...</li> <li>• عفونت</li> <li>❖ بد شکلی استامپ</li> <li>❖ شروع تب تا ۳۸ درجه</li> <li>❖ قرمزی یا تورم در ناحیه عمل</li> <li>❖ افزایش درد در ناحیه عمل</li> <li>❖ التهاب اطراف ناحیه آمپوتاسیون</li> </ul> |

|                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ترشح غیرطبیعی و بوی نامطبوع از ناحیه آمپوتاسیون</li> <li>❖ ESR و CRP غیر طبیعی</li> <li>❖ خونریزی بیش از حد از محل آمپوتاسیون</li> <li>❖ ناپایداری خفیف علایم حیاتی (تب، ریتم قلبی، کنترل فشار خون بر اساس محدوده تعیین شده توسط پزشک)</li> <li>❖ عدم تحمل درد در ناحیه آمپوتاسیون</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ آموزش اقدامات حمایتی جهت تثبیت وضعیت بیمار</li> <li>• تماس با اورژانس و هماهنگی جهت انتقال بیمار به بیمارستان</li> </ul> | <p><b>ناحیه قرمز (اورژانس) یعنی وجود یکی از علایم زیر (پیگیری روزانه تا بستری در بیمارستان)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• وجود دو مورد یا بیشتر از علائم حاد اورمیک و ازوتمی مانند: سردردهای طولانی، تهوع و استفراغ مداوم، کاهش مقدار ادرار یا تکرر ادرار، تنگی نفس شدید و ...</li> <li>• علایم حاد الکترولیتی</li> <li>• وجود تب بالاتر از ۳۸</li> <li>• تغییرات غیر طبیعی و شدید آزمایش های پاراکلینیکی مانند کراتین بالای ۱.۰، پتاسیم بالای ۶ و ...</li> <li>• کاهش سطح هوشیاری/ لتارژی</li> <li>• بی حرکتی به دلیل ادم/ تورم شدید در اندام های تحتانی</li> <li>• ناپایداری شدید علایم حیاتی (تب بالای ۳۸، تاکی کاردیا، افت فشار خون، تنگی نفس یا تاکی پنه)، لرز، درد شدید، سرگیجه، ضعف، بی اشتها، تهوع و استفراغ، کاهش وزن، نکروز ناحیه عمل، خونریزی غیر قابل کنترل، سردی و بی حسی اندام ها، ترشحات زرد یا سبز رنگ چرکی روی زخم، ESR بالای ۴۰ و CRP مثبت، اختلال سطح هوشیاری</li> </ul> <p>❖ عدم استفاده منظم داروهای خود در طی یک هفته گذشته</p> |



| سطح بندی افراد دچار ضایعات مغزی (CVA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | مداخلات پرستاری در واحد                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ناحیه سبز / ایمن: پیگیری ماهانه</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• استقلال مددجو و خانواده بر اساس معیار ADL</li> <li>• فقدان علایم و نشانه هایی مبنی بر بروز عوارض یا علائم بیماری حاد</li> <li>• تعیین روش های کنترل اختلالات حسی و کلامی و فرایند های فکری تغییر یافته</li> <li>• توانایی بلع بر اساس آزمایش کنترل بلع</li> <li>• استقلال در انجام فعالیت های فیزیکی روزمره بر اساس ADL</li> <li>• برخورداری از دانش و مهارت پیگیری نیازها از مجاری مرتبط در حوزه های مراقبتی، اجتماعی و معنوی</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تکرار آموزش برای بیمار و خانواده</li> <li>• کنترل نحوه مصرف دارو توسط بیمار و اصلاح اشکالات</li> <li>• آموزش تغذیه و نکات کاربردی جهت رژیم غذایی مناسب</li> <li>• یاد آوری علایم هشدار به بیمار و خانواده</li> <li>• تشویق بیمار و خانواده به کنترل وزن روزانه و محدودیت سدیم و مایعات</li> <li>• شناسایی موانع تبعیت از درمان و مشکلات روانی بیمار</li> </ul>                                                     |
| <p><b>ناحیه زرد/ هشدار: وجود یک تا دو مورد از علایم زیر- پیگیری هفته ای یکبار</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ناپایداری خفیف علایم حیاتی (تب، ریتم قلبی، کنترل فشار خون بر اساس نوع استروک و محدوده تعیین شده توسط پزشک)</li> <li>• عدم توانایی در بلع طبق گفته بیمار و یا مراقب وی</li> <li>• وجود وضعیت ناپایدار در بیماری های زمینه ای مانند دیابت ملیتوس (نیاز به تنظیم دوز داروهای کنترل قند) و وجود اختلالات تنفسی خفیف</li> <li>• بروز اختلالات انعقادی و الکترولیتی خفیف</li> </ul>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تاکید به بیمار/ مراقب و یا خانواده وی در خصوص تماس با پزشک معالج بیمار و اطلاع دادن وضعیت بیمار به آن</li> <li>• گرفتن دستورات تلفنی از پزشک معالج</li> <li>• تدوین برنامه مراقبت بر اساس بررسی انجام شده و دستورات پزشک</li> <li>• اجرای برنامه مراقبت و دستورات پزشک و تجویز و تنظیم داروها</li> <li>• آموزش دستورات دارویی و رژیم غذایی به بیمار و خانواده و آموزش تغییرات اعمال شده در دستورات پزشک</li> </ul> |
| <p><b>ناحیه قرمز (اورژانس) یعنی وجود یکی از علایم زیر (پیگیری روزانه تا بستری در بیمارستان)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ناپایداری شدید علایم حیاتی (تب، ریتم قلبی، کنترل فشار خون بر اساس نوع استروک و محدوده تعیین شده توسط پزشک)</li> <li>• عدم توانایی در بلع طبق گفته بیمار و یا مراقب وی</li> <li>• وجود وضعیت ناپایدار در بیماری های زمینه ای مانند دیابت ملیتوس (تنظیم دوز داروهای کنترل قند) و وجود اختلالات تنفسی نسبتا شدید</li> <li>• بروز اختلالات انعقادی و اختلالات الکترولیتی نسبتا شدید</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• آموزش اقدامات حمایتی جهت تثبیت وضعیت بیمار</li> <li>• تماس با اورژانس و هماهنگی جهت انتقال بیمار به بیمارستان</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| مداخلات پرستاری در واحد                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | بیماران دارای نارسایی مزمن تنفسی (COPD)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• تکرار آموزش برای بیمار و خانواده</li> <li>• کنترل نحوه مصرف دارو توسط بیمار و اصلاح اشکالات</li> <li>• آموزش تغذیه و نکات کاربردی جهت رژیم غذایی مناسب</li> <li>• یاد آوری علائم هشدار به بیمار و خانواده</li> <li>• تشویق بیمار و خانواده به کنترل وزن روزانه و محدودیت سدیم و مایعات</li> <li>• شناسایی موانع تبعیت از درمان و مشکلات روانی بیمار</li> </ul>                                                                  | <p><u>ناحیه سبز/ ایمن: پیگیری ماهانه</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• پایدار بودن علائم حیاتی مثل:</li> <li>• دمای کمتر از ۳۷,۵</li> <li>• نبض بین ۶۰ تا ۱۰۰</li> <li>• پایدار بودن شرایط تنفسی بیمار، تعداد تنفس کمتر از ۲۰</li> <li>• <math>SpO_2</math> بیشتر از ۹۰ درصد</li> <li>• عدم بروز هیپوکسی شدید یا مشکل راه هوایی</li> <li>• عدم وجود شواهد هیپوکسی نهفته (اسیدوز متابولیک یا افزایش لاکتات)</li> <li>• پایبندی به درمان های دارویی و غیر دارویی با نظر متخصصین</li> <li>• پاسخ مناسب به اکسیژن درمانی و تهویه مکانیکی غیر تهاجمی بر اساس نظر متخصصین</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• تاکید به بیمار/ مراقب و یا خانواده وی در خصوص تماس با پزشک معالج بیمار و اطلاع دادن وضعیت بیمار به آن</li> <li>• گرفتن دستورات تلفنی از پزشک معالج</li> <li>• تدوین برنامه مراقبت بر اساس برسی انجام شده و دستورات پزشک</li> <li>• اجرای برنامه مراقبت و دستورات پزشک و تجویز و تنظیم داروها</li> <li>• آموزش دستورات دارویی و رژیم غذایی به بیمار و خانواده و آموزش تغییرات اعمال شده در دستورات پزشک در صورت ایجاد</li> </ul> | <p><u>ناحیه زرد/ هشدار: وجود یک تا دو مورد از علائم زیر- پیگیری هفته ای یکبار</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• دمای بین ۳۷,۵ تا ۳۸ (تب خفیف)</li> <li>• <math>SpO_2</math> بین ۸۵ تا ۹۰ درصد علیرغم مصرف اکسیژن</li> <li>• تعداد تنفس بیشتر از ۲۰</li> <li>• اختلال هوشیاری خفیف</li> <li>• گزارش حداقل سه نوبت عدم پایبندی به درمان (به خصوص داروهای حیاتی مانند داروی فشارخون، آنتی بیوتیک ها، و ...)</li> </ul>                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• آموزش اقدامات حمایتی جهت تثبیت وضعیت بیمار</li> <li>• تماس با اورژانس و هماهنگی جهت انتقال بیمار به بیمارستان</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p><u>ناحیه قرمز (اورژانس) یعنی وجود یکی از علائم زیر (پیگیری روزانه تا بستری در بیمارستان)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اختلال هوشیاری</li> <li>• بیماری همراه زمینه ای شدید (نارسایی قلبی، نارسایی کلیوی، .....)</li> <li>• <math>SpO_2</math> کمتر از ۸۵ درصد علیرغم مصرف اکسیژن</li> <li>• ناپایداری علائم حیاتی بطور مثال تب بیش از ۳۸ درجه</li> <li>• PH کمتر از ۷,۳۵ شریانی یا ۷,۳۲ وریدی در صورت <math>PCO_2</math> بالاتر از ۶۰</li> <li>• میزان استفاده از بازکننده های برونش یا برونکودیلاتورهای استنشاقی بیشتر از چهار ساعت باشد.</li> </ul>                  |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• عدم توانایی حفظ راه هوایی توسط فرد بیمار یا مراقب</li> <li>• گزارش حداقل سه نوبت عدم پایداری به درمان (به خصوص داروهای حیاتی مانند داروی فشارخون، آنتی بیوتیک ها، و ...)</li> <li>• ناتوانی بیمار در سرفه موثر و دفع خلط که منجر به نیاز به استفاده از ساکشن شود یا تهدید کننده حیات می باشد.</li> <li>• تشخیص یک بیماری جدید تهدید کننده حیات</li> </ul> |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| مداخلات پرستاری در واحد                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | سطح بندی افراد دارای نارسایی مزمن قلبی (CHF)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• تکرار آموزش برای بیمار و خانواده</li> <li>• کنترل نحوه مصرف دارو توسط بیمار و اصلاح اشکالات</li> <li>• آموزش تغذیه و نکات کاربردی جهت رژیم غذایی مناسب</li> <li>• یاد آوری علایم هشدار به بیمار و خانواده</li> <li>• تشویق بیمار و خانواده به کنترل وزن روزانه و محدودیت سدیم و مایعات</li> <li>• شناسایی موانع تبعیت از درمان و مشکلات روحی بیمار</li> </ul>                                                                    | <p><b>ناحیه سبز/ ایمن: پیگیری ماهانه</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• عدم وجود تنگی نفس</li> <li>• عدم وجود درد، ناراحتی یا احساس فشار در قفسه سینه</li> <li>• عدم وجود ادم و یا عدم افزایش ادم پا، قوزک یا شکم</li> <li>• عدم افزایش وزن بیش از ۲ کیلوگرم در دو روز متوالی یا بیش از ۲٫۵ کیلوگرم در یک هفته</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• تاکید به بیمار/ مراقب و یا خانواده وی در خصوص تماس با پزشک معالج بیمار و اطلاع دادن وضعیت بیمار به آن</li> <li>• گرفتن دستورات تلفنی از پزشک معالج</li> <li>• تدوین برنامه مراقبت بر اساس بررسی انجام شده و دستورات پزشک</li> <li>• اجرای برنامه مراقبت و دستورات پزشک و تجویز و تنظیم داروها</li> <li>• آموزش دستورات دارویی و رژیم غذایی به بیمار و خانواده و آموزش تغییرات اعمال شده در دستورات پزشک در صورت ایجاد</li> </ul> | <p><b>ناحیه زرد/ هشدار: وجود یک تا دو مورد از علایم زیر - پیگیری هفته ای یکبار</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• افزایش وزن بیش از ۲ کیلوگرم در دو روز متوالی یا بیش از ۲٫۵ کیلوگرم در یک هفته</li> <li>• استفراغ یا اسهالی که بیش از دو روز طول کشیده باشد</li> <li>• احساس تنگی نفس بیشتر از قبل</li> <li>• افزایش ادم در پا، قوزک یا شکم</li> <li>• داشتن سرفه های خشک</li> <li>• احساس خستگی بیش از قبل و نداشتن انرژی جهت انجام کارهای روزمره</li> <li>• احساس سرگیجه که برای بیمار علامت جدیدی است</li> <li>• احساس تنگی نفس بیشتر موقع دراز کشیدن</li> <li>• اضافه کردن بالش زیر سر یا نیاز به خوابیدن به صورت نشسته</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• آموزش اقدامات حمایتی جهت تثبیت وضعیت بیمار</li> <li>• تماس با اورژانس و هماهنگی جهت انتقال بیمار به بیمارستان</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p><b>ناحیه قرمز (اورژانس) یعنی وجود یکی از علایم زیر (پیگیری روزانه تا بستری در بیمارستان)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• دیسترس تنفسی</li> <li>• برطرف نشدن تنگی نفس حتی در صورت نشستن</li> <li>• تاکیکاردی که در صورت استراحت نیز برطرف نشود</li> <li>• درد قفسه سینه که با استراحت و مصرف دارو برطرف نشود</li> <li>• احساس گیجی</li> <li>• بیهوش شدن</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                 |

## پیوست ۲۱

### شناسنامه شاخص های پایش و ارزشیابی واحد آموزش و پیگیری بیمار

| نام شاخص        | درصد مراجعات مرتبط با بیماری، برنامه ریزی نشده بیماران ترخیصی به اورژانس                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| فرمول شاخص      | $\frac{\text{تعداد مراجعات برنامه ریزی نشده بیماران ترخیصی به اورژانس مرتبط با بیماری}}{\text{تعداد کل بیماران پیگیری شده}} \times 100$                                                                                                                                                                                                                 |
| نوع شاخص        | برآیندی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| تعریف صورت شاخص | منظور از تعداد مراجعات برنامه ریزی نشده، مراجعات بیماران ترخیصی است که دچار عوارض بعد از ترخیص مرتبط با بیماری شده و خارج از نوبت تعیین شده به اورژانس بیمارستان و یا درمانگاه مراجعه کرده اند. منظور از اورژانس بیمارستان و یا درمانگاه، صرفاً بیمارستان محل ترخیص بیمار نبوده و مراجعه به اورژانس و یا درمانگاه سایر مراکز درمانی را نیز شامل می شود. |
| تعریف مخرج شاخص | کل بیمارانی که در طول همان ماه، پیگیری شده اند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| نام شاخص        | درصد بیماران ترخیصی که نیاز به بستری مجدد مرتبط با بیماری داشتند                                                                                |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اهمیت موضوع     | بستری مجدد یک ماه اول بعد از ترخیص به عنوان پدیده ای قابل پیشگیری و هزینه بر، معمولاً به دلیل عدم تداوم مراقبت مناسب پس از ترخیص ایجاد می گردد. |
| نوع شاخص        | برآیندی                                                                                                                                         |
| فرمول شاخص      | $\frac{\text{تعداد بیماران ترخیصی که نیاز به بستری مجدد مرتبط با بیماری داشتند}}{\text{تعداد کل بیماران پیگیری شده}} \times 100$                |
| تعریف صورت شاخص | منظور بیماران ترخیصی هستند که نیاز به بستری مجدد مرتبط با بیماری طی یک ماه بعد از ترخیص پیدا نمودند.                                            |
| تعریف مخرج شاخص | کل بیمارانی که در طول همان ماه، پیگیری شده اند.                                                                                                 |
| نام شاخص        | درصد رضایتمندی بیماران ترخیصی / خانواده آنها از خدمات واحد آموزش و پیگیری بیمارستان                                                             |
| فرمول شاخص      | $\frac{\text{تعداد بیماران ترخیصی راضی از خدمات واحد پیگیری و آموزش بیمارستان}}{\text{تعداد کل بیماران پیگیری شده}} \times 100$                 |
| نوع شاخص        | برآیندی                                                                                                                                         |
| تعریف صورت شاخص | تعداد بیماران / خانواده آنها که از خدمات واحد آموزش و پیگیری بیمارستان رضایت داشته اند.                                                         |
| تعریف مخرج شاخص | کل بیمارانی که در طول همان ماه، پیگیری شده اند.                                                                                                 |

| نام شاخص        | درصد بیماران پیگیری شده توسط واحد آموزش و پیگیری بیمار                                               |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| فرمول شاخص      | $\frac{\text{تعداد بیماران ترخیصی که پیگیری شده اند}}{\text{تعداد کل بیماران ترخیص شده}} \times 100$ |
| نوع شاخص        | برآیندی                                                                                              |
| تعریف صورت شاخص | کل بیماران جدید (مبتلا به یک بیماری مشخص*) که در طول یک ماه، پیگیری شده اند.                         |
| تعریف مخرج شاخص | کل بیمارانی (مبتلا به همان بیماری*) که در طول همان ماه، از بیمارستان ترخیص شده اند.                  |

\* منظور بیماری های مشخص شده در دستورالعمل ابلاغی واحد آموزش و پیگیری بیمار می باشد.

| نام شاخص        | درصد بیماران ارجاع شده مشکوک به سرطان توسط واحد آموزش و پیگیری بیمار                                                       |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| فرمول شاخص      | $\frac{\text{تعداد ارجاعات انجام شده خانواده بیمار مبتلا به سرطان}}{\text{تعداد کل بیماران سرطانی پیگیری شده}} \times 100$ |
| نوع شاخص        | برآیندی                                                                                                                    |
| تعریف صورت شاخص | کل افراد خانواده بیمار جدید مبتلا به سرطان برست و کولون ارجاع شده جهت انجام غربالگری                                       |
| تعریف مخرج شاخص | منظور کل بیماران سرطانی مبتلا به سرطان برست و کولون که در طول همان ماه، پیگیری شده اند                                     |

### تناوب جمع آوری شاخص ها:

تناوب جمع آوری شاخص ها، توسط بیمارستان ها هر ماه (در آخر ماه) و در دانشگاه/دانشکده در پایان هر فصل (به صورت ۳ ماهه) و برای ارسال به معاونت پرستاری در دو نوبت به صورت ۶ ماهه ابتدای سال و یکساله خواهد بود.

## پیوست ۲۲ - چک لیست ارزیابی واحد آموزش و پیگیری بیمار

دانشگاه علوم پزشکی .....

مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی .....

| ردیف                                                                            | استاندارد ارزیابی                                                                                                         | ابزار ارزیابی    | بله | خیر |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----|-----|
| ۱                                                                               | بیمارستان دارای واحد آموزش و پیگیری بیمار مستقر و فعال می باشد.                                                           | مستندات و مشاهده |     |     |
| ۲                                                                               | فضای مستقلی برای واحد در نظر گرفته شده است.                                                                               | مستندات و مشاهده |     |     |
| ۳                                                                               | واحد دارای تجهیزات استاندارد طبق دستورالعمل می باشد.                                                                      | مستندات و مشاهده |     |     |
| ۴                                                                               | اطلاع رسانی و راهنمایی بیماران در مورد زمان، مکان و فعالیت واحد در سطح بیمارستان انجام شده است (پوستر، بنر، کلیپ و ....). | مستندات و مشاهده |     |     |
| ۵                                                                               | ابلاغ مسؤول واحد مستقر در بیمارستان صادر شده است.                                                                         | مستندات و مشاهده |     |     |
| ۶                                                                               | دستورالعمل ارسالی معاونت پرستاری در محل واحد موجود می باشد.                                                               | مستندات و مشاهده |     |     |
| ۷                                                                               | برنامه واحد و ساعات فعالیت آن به تفکیک روزهای هفته در معرض عموم وجود دارد.                                                | مستندات و مشاهده |     |     |
| ۸                                                                               | کارشناسان شاغل در واحد، واجد شرایط مندرج در دستورالعمل هستند.                                                             | مستندات و مشاهده |     |     |
| ۹                                                                               | فرایند ارجاع بیماران به واحد مشخص می باشد.                                                                                | مستندات و مشاهده |     |     |
| ۱۰                                                                              | نیازهای آموزشی و مشاوره ای بیمار با استفاده از خلاصه پرونده بررسی و ثبت گردیده است.                                       | مستندات و مشاهده |     |     |
| ۱۱                                                                              | برنامه های آموزشی برای بیماران، همراهان و مراجعین ارائه می شود.                                                           | مستندات و مشاهده |     |     |
| ۱۲                                                                              | اقدامات مرتبط با مناسبت های ملی و بین المللی پیشگیری و کنترل بیماری ها در واحد انجام می شود.                              | مستندات و مشاهده |     |     |
| ۱۳                                                                              | پیگیری بیماری ها (طبق دستورالعمل) با توجه به بیماران بستری در بیمارستان انجام می شود.                                     | مستندات و مشاهده |     |     |
| ۱۴                                                                              | پرسش نامه های مربوط به پیگیری بیماران، به درستی تکمیل شده است.                                                            | مستندات و مشاهده |     |     |
| ۱۵                                                                              | هر بیمار پذیرش شده در واحد، دارای پرونده جداگانه کاغذی یا الکترونیک است.                                                  | مستندات و مشاهده |     |     |
| ۱۶                                                                              | تواتر پیگیری بر اساس شرایط بیمار تعیین و انجام گردیده است.                                                                | مستندات و مشاهده |     |     |
| ۱۷                                                                              | اقدامات و مداخلات انجام شده برای بیمار ثبت گردیده است.                                                                    | مستندات و مشاهده |     |     |
| ۱۸                                                                              | جمع بندی و تحلیل داده ها و اقدامات انجام شده طبق شناسنامه شاخص ها به مدیر خدمات پرستاری بیمارستان ماهیانه ارائه می شود.   | مستندات و مشاهده |     |     |
| ۱۹                                                                              | جمع بندی و تحلیل داده ها طبق شناسنامه شاخص ها به مدیریت پرستاری دانشگاه هر سه ماه ارائه می شود.                           | مستندات و مشاهده |     |     |
| ۲۰                                                                              | سامانه ای جهت پیگیری بیماران ترخیص شده در بیمارستان وجود دارد.                                                            | مستندات و مشاهده |     |     |
| امتیاز مکتسبه: عالی: ۲۰      خوب: ۱۹-۱۵      متوسط: ۱۵-۱۰      ضعیف: کمتر از ۱۰ |                                                                                                                           |                  |     |     |

