

به نام خدا

دستورالعمل اجرایی واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیمار (نسخه دوم)

معاونت پرستاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دفتر ارتقای سلامت و خدمات پرستاری

بهار ۱۴۰۲

مقدمه

یکی از چالش های نظام های سلامت در سراسر جهان، افزایش بار ناشی از سالمندی، بیماری های مزمن، غیرواگیر و صعب العلاج است که به دلایلی نظیر افزایش امید به زندگی، تغییر سبک زندگی مردم همراه با افزایش مواجهه با بسیاری از عوامل خطر ایجاد گردیده اند. بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، بیماری های مزمن ریوی، سکته مغزی و دیابت نوع ۲، علل اصلی مرگ و میر و ناتوانی در جهان و ایران را تشکیل می دهند که انتظار می رود با گسترش شهرنشینی و شیوه زندگی صنعتی و نیز تغییر هرم سنی و پیر شدن جمعیت، در آینده ای نزدیک بر شیوع این بیماری ها افزوده گردد. با عنایت به پیامدهای ابتلا به بیماری های مزمن و تبعات و چالش های ناشی از آن، توجه به مدیریت مؤثر این بیماری ها ضرورت دارد که یکی از مهم ترین این راهبردها، آموزش به بیمار و خانواده و پیگیری بیماران مبتلا تلقی می گردد.

از مهم ترین چالش های پیش روی بیماران مبتلا به بیماری های صعب العلاج پس از ترخیص از بیمارستان، عدم تبعیت از درمان (عدم اجرای صحیح رژیم دارویی و رژیم غذایی، عدم پیگیری درمان)، سواد سلامت پایین، عدم مشارکت مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیمار، نارسایی نظام پیگیری پس از ترخیص (قطع ارتباط کادر درمان با بیمار، ضعف نظارت بر فرآیند ترخیص)، انگیزه ناکافی جهت تداوم درمان (ناامیدی بیمار جهت ادامه درمان، فرسودگی خانواده به دلیل مراقبت از بیمار مزمن، از دست دادن انگیزه به دلیل ماهیت مزمن بیماری) و ماهیت پیچیده بیماری مزمن (وجود هم زمان چند بیماری یا عارضه، ماهیت پیش رونده بیماری) می باشد. لذا رفع چالش های مذکور به ویژه آموزش 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 مراقبت های ارائه شده، حصول اطمینان از تبعیت بیمار از توصیه های ارائه شده، پاسخ به سؤالات و نیازهای احتمالی وی در راستای پیشگیری از مشکلات و بستری شدن های مجدد و مراجعات به اورژانس از سوی دیگر، ضرورت ایجاد ساز و کاری به منظور آموزش به بیمار و پیگیری وی پس از ترخیص را مطرح می نماید.

در پاسخ به این نیاز درک شده و بر اساس تحلیل اسناد بالادستی، برنامه ششم توسعه، تحقق رویکرد سلامت جامع نگر و ارتقای کیفیت زندگی، تدوین برنامه های ملی و نیز لزوم افزایش هزینه اثربخشی مراقبت ها و کاهش بار هزینه های سلامت در قانون برنامه پنجم توسعه و اولویت برنامه های معاونت های پرستاری، درمان و بهداشت و همچنین افزایش اثر بخشی مراقبت های پرستاری در بالین، تاسیس "واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیمار"^۱ به عنوان یکی از برنامه های معاونت پرستاری در نظر گرفته شده که دستورالعمل اجرایی این واحد ها با تأکید بر نقش اصلی ارائه دهندگان خدمات سلامت در برنامه ریزی، اولویت بندی و اجرای برنامه های آموزش و پیگیری بیمار به شرح ذیل ابلاغ می شود.

شایان ذکر است این نسخه، جایگزین نسخه اول دستورالعمل تاسیس واحد آموزش و پیگیری بیمار می باشد که طی نامه شماره ۱۳۹/۶۰۲/د مورخ ۱۴۰۱/۴/۱ جهت اجرا به دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی ابلاغ گردیده بود.

¹ Patient Education & Follow up Nursing Clinic

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 پرستاری آموزش و پیگیری بیمار: به واحدی مستقر در بیمارستان اطلاق می شود که طبق این دستورالعمل جهت انجام پیگیری و آرایه آموزش های خود مدیریتی و بر اساس 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 کشوری نموده و مدرک تحصیلی او 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 مشاوره ای و آموزشی به واحد مراجعه می کنند.
- 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 خودمدیریتی و سایر پیامدهای مثبت سلامتی صورت می گیرد.
- ۸-۱- خود مدیریتی: فعالیت هایی که موجب پیشگیری و ارتقای سلامت افراد شده، علایم و نشانه های بیماری را کنترل و درمان کرده و افراد را به اتخاذ روش هایی که بر تبعیت از رژیم مراقبتی درمانی و کلیه پیامدهای سلامت اثر می گذارند، ترغیب می نمایند.
- ۹-۱- پیگیری بیمار: منظور، پیگیری بیماران مبتلا به بیماری های مزمن ترخیص شده از بخش های بستری بیمارستان یا مراجعه کننده به واحد های سلامت و سالمندی/ دیابت/ فشارخون/ NCD و سرطان و یا هر بیماری 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/ ترخیص آغاز و تا پس از ترخیص از بیمارستان/ واحد های مذکور، طراحی، اجرا و ارزشیابی می شود.

۱-۱۰- 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. دوره درمان این گروه از بیماری ها طولانی و مراحل بهبود آن دشوار می باشد و معمولا درمان قطعی برای آن وجود ندارد.

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

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 مراجعه کننده به بیمارستان و خانواده آن ها می باشد.

۳- مسؤول واحد

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

تبصره ۱: بیمارستان های آموزشی می توانند از ظرفیت اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری به عنوان مسؤول واحد استفاده کنند.

تبصره ۲: فعالیت های این واحد، قابل برون سپاری به مراکز مشاوره و رایه مراقبت پرستاری در منزل طرف قرارداد بیمارستان بوده و نظارت بر حسن اجرای آن، بر عهده سوپروایزر آموزش سلامت/ آموزشی در قالب اخذ گزارش های ادواری و بازدیدهای موردی می باشد.

۴- شرح وظایف مسؤول واحد

- هماهنگی با ریاست بیمارستان جهت تامین فضای فیزیکی مناسب و تجهیزات و بودجه برای شروع و تداوم فعالیت واحد
- نظارت بر ارجاع مناسب بیماران به واحد
- ارزیابی و انتخاب پرستاران واجد شرایط جهت فعالیت در واحد
- تهیه و تنظیم برنامه کاری واحد و نظارت بر حسن انجام آن
- نظارت بر عملکرد کارکنان شاغل در واحد
- نظارت بر تهیه محتوا و استفاده از ابزار های کمک آموزشی مناسب
- ارزشیابی و رایه نتایج پایش شاخص های اثربخشی واحد به مبادی ذیربط و تعیین اقدامات اصلاحی مناسب
- نظارت بر پیگیری پس از ترخیص بیماران واجد شرایط

- حضور مستمر و فعال در شیفت کاری

۵- شرایط احراز پرستار واحد

- مدرک کارشناسی پرستاری و بالاتر

تبصره: در صورت وجود پرستار با مدرک کارشناسی ارشد در بیمارستان، اولویت بکارگیری این نیروها در واحد، مدنظر می باشد.

- حداقل دو سال سابقه کار بالینی

- داشتن پروانه صلاحیت حرفه ای

- 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: در صورتی که دانشجویان تحصیلات تکمیلی پرستاری حایز شرایط فوق باشد می توانند زیر نظر مسئول واحد و با هماهنگی عضو هیئت علمی پرستاری (مربی بلافصل) انجام وظیفه نمایند.

۶- شرح وظایف پرستار واحد

الف- آموزش به بیمار و خانواده

- بررسی و نیازسنجی نیاز های آموزشی بیمار و خانواده

- تعیین و ثبت اولویت های آموزشی بیمار و خانواده

- برنامه ریزی برای جلسات گروهی آموزشی

- مشارکت در گردآوری، تدوین و بکارگیری محتواها و مواد آموزشی

- ارزشیابی اثربخشی آموزش های ارائه شده به بیمار و خانواده

- مشاوره با پرستاران تخصصی یا پزشک برای ارائه آموزش های تخصصی در صورت نیاز

- ارائه گزارش عملکرد واحد به مسئول واحد

ب- پیگیری بیماران

- پیگیری تلفنی جهت بررسی و ارزیابی بیمار از نظر اثربخشی آموزش های ارائه شده و نیازهای پس از ترخیص

- هماهنگی جهت ارجاع بیمار به مراکز مراقبت در منزل و یا مراقبت طولانی مدت

تبصره: مسئولیت آموزش محتوای آموزشی مورد نیاز به بیمار/ خانواده در زمان بستری، بر عهده پرستار مسئول بیمار در بخش است.

۷- زیرساخت های لازم جهت واحد

۷-۱. فضای فیزیکی استاندارد واحد

- حداقل فضا برای تاسیس واحد شامل یک اتاق به متراژ ۱۸ متر مربع می باشد.

- فضای واحد باید مختص آموزش به بیمار باشد. وجود محلی برای انتظار بیماران و همراهان ضروری است.

- نصب بنر با ذکر نام واحد در ورودی های بیمارستان و درمانگاه و نصب تابلوی واحد الزامی است.

۷-۲. نیروی انسانی مورد نیاز واحد

حداقل پرسنل مورد نیاز واحد یک نفر پرستار واجد شرایط بند ۶ است.

محاسبه نیرو بر اساس موارد زیر انجام می شود:

در بیمارستان هایی که تعداد ترخیصی ماهانه آنها در بیماری مورد نظر بین ۵۰ تا ۱۰۰ نفر باشد، یک پرستار در نظر گرفته شده و پس از آن، به ازای هر ۱۰۰ نفر ترخیصی در ماه، یک تا دو نفر نیرو به واحد اضافه می شود.

تبصره ۱: حسب نیاز، پرستار واحد می تواند طی انجام هماهنگی های قبلی، بیماران را به واحدهای تغذیه، مددکاری، مشاوره روانشناختی 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 پرستار واحد به پیشنهاد سوپروایزر آموزش سلامت/ آموزشی و با امضای مدیر خدمات پرستاری بیمارستان (مترون) انجام می شود.

۷-۳. تجهیزات و امکانات آموزشی و کمک آموزشی

- حداقل تجهیزات مورد نیاز واحد شامل یک دستگاه کامپیوتر با تجهیزات جانبی، خط تلفن آزاد جهت پیگیری بیماران و اختصاص اینترنت جهت ارتباط با بیماران از طریق فضای مجازی است.

- تجهیزات اداری و آموزشی، ابزارهای کمک آموزشی و رسانه های آموزشی فراهم شود.

تبصره: جهت برگزاری جلسات گروهی آموزشی به بیمار، کلاس یا سالن کنفرانس در نظر گرفته شود.

۸- فرآیند ارائه خدمات (گام های اجرایی) در واحد

الف - آموزش به بیمار

۱- بیمار 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 خود دریافت کرده، توسط سرپرستار مربوطه به واحد، ارجاع داده می شود.

تبصره: ارجاع بیمار به واحد، با استفاده از فرم ارجاع از بخش های بستری، فرم ارجاع پزشک درمانگاه و یا مراجعه مستقیم می باشد.

۲- 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 ارائه شده، داروها، سیر بیماری، وضعیت بیمار هنگام ترخیص و توصیه های پس از ترخیص می باشد.

۳- اطلاعات بیماران مراجعه کننده به واحد در فرم های مربوطه، بسته به شرایط بیمارستان، در HIS یا به صورت الکترونیکی ثبت می گردد.

۴- پرونده آموزشی بیماران مراجعه کننده به واحد به صورت الکترونیک 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 ارائه شده به بیمار و ارجاع بیمار به سایر مراکز (در صورت نیاز) می باشد.
۵- برنامه های مدون آموزشی جهت بیماری های شایع منطقه توسط پرستار واحد اجرا می گردد.
تبصره: تعیین اثربخشی فعالیت های واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیمار، با مشارکت واحد بهبود کیفیت، واحد آمار و برنامه ریزی و روابط عمومی بیمارستان انجام می شود.

ب- پیگیری بیماران

۱- مشمولین دریافت خدمات پیگیری، افراد مبتلا به بیماری های مزمن/ صعب العلاج شامل (بیماران تحت آمپوتاسیون، بیمار مبتلا به سرطان، بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریوی (COPD)، بیمار دچار سکته مغزی (CVA)، بیمار مبتلا به دیابت، بیمار مبتلا به نارسایی احتقانی قلبی (CHF)، بیمار دچار سوختگی، بیمار مبتلا به پرفشاری خون (HTN)، بیمار مبتلا به سکته قلبی (MI)، بیمار مبتلا به اختلالات روانپزشکی و بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی (پیوست های ۱۱-۱) معرفی شده از بخش های بستری بوده و سایر مراجعین، صرفاً جهت دریافت آموزش می توانند به صورت مستقیم به این واحد مراجعه نمایند.
تبصره ۱: بیمارستان بر اساس ظرفیت، سیاست های داخلی و نظر پزشکان معالج می تواند بر اساس دستورالعمل مشخص و مدون، به بیماران مبتلا به سایر بیماری ها نیز خدمات آموزشی و پیگیری ارائه نماید.
تبصره ۲: ترجیحاً "حضور بیمار/ همراه بیمار جهت تکمیل اطلاعات پرسشنامه برای بار اول الزامی می باشد.
۳- پرسشنامه های مربوطه (پیوست های ۱۱-۱) از طریق مصاحبه تلفنی با بیمار ترخیصی در منزل یا یکی از افراد خانواده، بر اساس نوع بیماری جهت پیگیری تکمیل می گردد.
۴- مستندات مرتبط با اقدامات انجام شده در فرم های مربوطه ثبت می شود.

۵- یک نسخه از خلاصه پرونده در پرونده بیمار نزد پرستار واحد تا زمان راه اندازی برنامه در بستر HIS بایگانی می گردد.
۶- جمع بندی، تحلیل و ارسال نتایج خدمات ارائه شده در واحد، در پایان هر فصل (تحلیل نقاط قوت، نقاط قابل ارتقا و اقدامات اصلاحی) به مدیر خدمات پرستاری بیمارستان جهت ارسال به مدیریت پرستاری دانشگاه انجام می گردد.
تبصره: ثبت و نگهداری پرونده بیمار تا امکان استفاده از بستر HIS با همکاری واحد مدارک پزشکی بیمارستان و با رعایت استانداردهای مربوطه انجام می شود.

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:

در بیمارانی که در 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 انجام می شود.

تبصره: در صورتی که تواتر پیگیری بیمار توسط پزشک معالج تعیین شده باشد، تواتر و چگونگی پیگیری بر اساس دستور کتبی پزشک صورت می گیرد.

۱۰- فرایند ارزشیابی واحد

۱۰-۱. تکمیل فایل اکسل مربوط به شاخص های ارزشیابی (پیوست ۱۲) به صورت فصلی (هر سه ماه یکبار)

۱۰-۲. ارائه گزارش کتبی در خصوص نقاط ضعف، نقاط قابل ارتقا و برنامه های اصلاحی

۱۰-۳. چک لیست ارزشیابی واحد آموزش و پیگیری بیمار (پیوست ۱۳)

۱۱- شاخص های ارزشیابی (پیوست ۱۲)

- درصد بیماران ترخیصی که در بازه زمانی یک ماهه پس از ترخیص نیاز به بستری مجدد مرتبط با بیماری پیدا نمودند
- درصد تعداد مراجعات برنامه ریزی نشده بیماران ترخیصی مرتبط با بیماری، به اورژانس یا درمانگاه (همان بیمارستان یا سایر مراکز درمانی)
- درصد رضایتمندی بیماران ترخیصی و خانواده آن ها از خدمات واحد آموزش و پیگیری بیمارستان
- درصد بیماران پیگیری شده توسط واحد آموزش و پیگیری بیمار

این دستورالعمل مشتمل بر ۱۱ ماده، ۱۷ تبصره و ۱۳ پیوست تدوین و از تاریخ ابلاغ در تمامی بیمارستان ها و مراکز درمانی دولتی و غیر دولتی لازم الاجرا می باشد.

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:	تروما <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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؟ 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.	در صورت بلی، کدام بیماری؟ دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون:..... فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون:..... کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود)	بیماری مزمن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
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"/>	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"/> 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.)	

بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت خطر 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"/> (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده صحیح و طبق دستور پزشک و استفاده از جعبه قرص شود.)	۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است؟	۵- رژیم غذایی 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- 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.
ترشح <input type="checkbox"/> ... بو <input type="checkbox"/> ... خونریزی <input type="checkbox"/> ... قرمزی بخیه <input type="checkbox"/> ... رنگ زخم <input type="checkbox"/> ... در صورت وجود مورد غیر طبیعی چه اقدامی انجام داده است؟	۹- شرایط زخم اندام آمپوته شده را توضیح می دهد.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	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"/> در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است؟	۱۲- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می داند.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۵ مورد را نام ببرد.)	۱۳- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد.)	۱۴- در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است؟..... علت مراجعه.....	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، چه مشکلی؟.....	۱۶- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟	۱۷- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۸- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....	۱۹- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲۰- بیمار دستورات/پیشنهادها قبل 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.

ح- ارزیابی

نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطه: دارو فعالیت علائم 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 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.

امضا	نام پرستار پیگیری	ساعت پایان مکالمه	ساعت شروع مکالمه	علت عدم پاسخ	نتیجه تماس	تاریخ تماس
					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

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:		
تعداد روزهای بستری در بیمارستان:		
بخش بستری:		
زمان تشخیص:		
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"/> باذکر نام.....		
مواد غذایی <input type="checkbox"/> باذکر نام.....		
عوامل محیطی <input type="checkbox"/> 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"/>		
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.
	کلوی <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:		
د- بررسی وضعیت روانی		
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:.....		
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"/> 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"/> ریزش مو <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)	
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (حداقل ۳ علامت را نام ببرد.)	۱- علائم و نشانه‌های مربوط به بیماری را نام می‌برد.
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (نام داروها را بگوید.)	۲- داروهای مورد استفاده خود را نام می‌برد.
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد.)	۳- علائم خطر مرتبط با بیماری، درمان‌ها یا داروها را نام می‌برد.
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده صحیح و طبق دستور پزشک و استفاده از جعبه قرص شود.)	۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می‌کند.
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است؟)	۵- رژیم غذایی مناسب خود را می‌داند.
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و...) چه اقدامی انجام داده است؟)	۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می‌داند.
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و...) چه اقدامی انجام داده است؟)	۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می‌داند (در صورت وجود درد).
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و...) چه اقدامی انجام داده است؟)	۸- راهکارهای پیشگیری و مدیریت علائم مندرج در بخش "ه" را می‌داند.
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است؟)	۹- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می‌داند.
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (حداقل ۵ مورد را نام ببرد.)	۱۰- اقدامات لازم در صورت بروز علائم خطر را بیان می‌کند.
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد.)	۱۱- در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است.
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است؟.....علت مراجعه:.....)	۱۲- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با بیماری به اورژانس مراجعه کرده است.
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (در صورت بلی، چه مشکلی؟.....)	۱۳- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (چه اقدامی؟)	۱۴- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۱۵- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است.
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....)	۱۶- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۱۷- بیمار دستورات/پیشنهادها قبل مشاوره تلفنی را اجرا کرده است.
ح- ارزیابی	
نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطة: دارو <input type="checkbox"/> فعالیت <input type="checkbox"/> علائم 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 می‌کند اعم از داروهایی که در زمان ترخیص تجویز شده و داروهایی که خودش بدون نسخه تهیه کرده و می‌خورد از جمله ویتامین‌ها و داروهای گیاهی، در دسترس او باشد.	
- در هر مورد (بررسی وضعیت جسمی/پرسشنامه) که بیمار اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش‌ها 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، می‌باشد.	

- 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.

امضا	نام پرستار پیگیری	ساعت پایان مکالمه	ساعت شروع مکالمه	علت عدم پاسخ	نتیجه تماس	تاریخ تماس
					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)

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:	
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)
ب. اطلاعات بالینی		
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.....	تعداد روزهای بستری در بیمارستان:	
عوامل محیطی <input type="checkbox"/> باذکر نام..... سایر.....		
ج- بررسی وضعیت جسمی بیمار		
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"/> 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 صورت بلی، چه مشکلی؟ 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.	
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"/> 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"/> 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"/> خواب آلودگی <input type="checkbox"/> 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"/> تنفس صدا دار <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 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 ۳ 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؟..... 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 حیطة: دارو <input type="checkbox"/> فعالیت <input type="checkbox"/> علائم 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 آموزش‌ها 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 روش‌های 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.

امضا	نام پرستار پیگیری	ساعت پایان مکالمه	ساعت شروع مکالمه	علت عدم پاسخ	نتیجه تماس	تاریخ تماس
					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 سکته مغزی (CVA)

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 (ذکر شود)
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..... مواد غذایی <input type="checkbox"/> باذکر نام.....	عوامل محیطی <input type="checkbox"/> باذکر نام..... سایر.....
ج- بررسی وضعیت جسمی بیمار	
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؟ 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:.....
زخم بستری: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> درجه بندی:	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.
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	
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:.....	
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.)

بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت خطر 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"/> (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده صحیح و طبق دستور پزشک و استفاده از جعبه قرص شود.)	۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است؟	۵- رژیم غذایی 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- 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، چه اقدامی جهت یاد آوری 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"/> (حداقل ۵ مورد را نام ببرد.)	۱۰- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۱- بیمار از خدمات توانبخشی و بازتوانی استفاده می کند؟
فیزیوتراپی <input type="checkbox"/> گفتار درمانی <input type="checkbox"/> کاردرمانی <input type="checkbox"/> ورزش <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>	۱۲- در صورت استفاده از خدمات توانبخشی و بازتوانی از چه نوع خدماتی استفاده می کند؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد)	۱۳- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	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؟.....	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"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....	۱۸- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۹- بیمار دستورات/پیشنهادها/قبل مشاوره تلفنی را اجرا کرده است.
ح- ارزیابی	
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"/>	
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.

امضا	نام پرستار پیگیری	ساعت پایان مکالمه	ساعت شروع مکالمه	علت عدم پاسخ	نتیجه تماس	تاریخ تماس
					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 ۵

بیمار مبتلا به دیابت

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
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؟
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.	در صورت بلی، چه مشکلی؟ فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون کنترل شده:..... کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی/ عروقی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/> نفروپاتی <input type="checkbox"/> حملات قلبی <input type="checkbox"/> سکنه مغزی <input type="checkbox"/> سایر:.....
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 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"/> 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.....	
ز- بررسی وضعیت عمومی و خود مراقبتی بیمار (این قسمت در هر بار پیگیری تلفنی پرسیده شود)	
۱- علایم و نشانه‌های مربوط به بیماری را نام می‌برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت را نام ببرد.)
۲- داروهای مورد استفاده خود را نام می‌برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (نام داروها را بگوید.)
۳- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان‌ها یا داروها را نام می‌برد.	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 می‌کند.	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 می‌داند.	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 می‌داند.	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 می‌داند (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 می‌داند.	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 می‌داند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۰- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/کلینیک دیابت/مطب پزشک مربوطه را می‌داند.	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 می‌کند.	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، خواب‌آلودگی) را می‌داند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> طی هفته گذشته افت قند خون داشته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> 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، روش‌های پیشگیری از هایپوگلیسمی و لیپودیستروفی ناشی از آن) را می‌داند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۴- خودپایشی قند خون را انجام داده و ثبت می‌نماید (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"/> بیمار دلیل عدم انجام خود پایشی 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/پیشنهادها قبل مشاوره تلفنی را اجرا کرده است.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲۲- مراقبت‌های مربوط به پاها را می‌داند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

بررسی آزمایش ها و داروهای بیمار
✓ تاریخ آخرین آزمایش ها شامل FBS و HbA1C
✓ نتیجه آخرین FBS
✓ نتیجه آخرین HbA1C
بیمار برای کنترل قند خون خود از داروی خاصی استفاده می کند. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
بیمار از داروی خوراکی دیابت استفاده می نماید. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر نام دارو(ها):
بیمار از انسولین استفاده می نماید. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
سایر داروهای مورد استفاده بیمار
ح- ارزیابی
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"/>
نکات مورد توجه
<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 علائم 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)

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
ب- اطلاعات بالینی	
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:.....
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؟ 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:.....	سایر بیماری های مزمن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> 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.
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 <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"/> 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"/> درد <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. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر حداقل سه علامت را نام ببرد.	
۲- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (داروها را نام ببرد).	
۳- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر حداقل سه علامت خطر را نام ببرد.	
۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (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. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است؟	
۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر 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). <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر 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. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر 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). <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۱۰- نحوه توزین صحیح و ثبت آن را می داند. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
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). <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۱۲- نحوه استفاده از ماسک اکسیژن و تنظیم دستگاه را در صورت ضرورت می داند. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۱۳- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می داند. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر در صورت خیر، چه اقدامی جهت یادآوری انجام داده است.	
۱۴- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (حداقل ۵ مورد را نام ببرد).	
۱۵- در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد).	
۱۶- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با بیماری به اورژانس مراجعه کرده است. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است؟..... علت مراجعه:.....	
۱۷- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر در صورت بلی، چه مشکلی؟.....	
۱۸- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر چه اقدامی؟	
۱۹- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۲۰- بیمار علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....	
۲۱- بیمار دستورات/پیشنهادهای قبلی مشاوره تلفنی را اجرا کرده است. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
ح- ارزیابی	
نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطة: دارو <input type="checkbox"/> فعالیت <input type="checkbox"/> علائم 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.

امضا	نام پرستار پیگیری	ساعت پایان مکالمه	ساعت شروع مکالمه	علت عدم پاسخ	نتیجه تماس	تاریخ تماس
					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

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 (ذکر شود).....	
ب - اطلاعات بالینی		
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"/> باذکر نام.....	مواد غذایی <input type="checkbox"/> باذکر نام..... عوامل محیطی <input type="checkbox"/> باذکر نام..... سایر.....	
ج - بررسی وضعیت جسمی بیمار		
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؟		
در مورد این بیماری چه اقدام/ اقدام هایی انجام داده است؟ ۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند. <input type="checkbox"/> ۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند. <input type="checkbox"/> ۳- از روشهای طب مکمل و سنتی استفاده می کند. <input type="checkbox"/> ۴- خود درمانی انجام می دهد. <input type="checkbox"/> ۵- اقدامی انجام نداده است. <input type="checkbox"/>	در صورت بلی، کدام بیماری؟ دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون:..... فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون:..... کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/> سایر:.....	بیماری های مزمن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
زخم فشاری: 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		
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.....		
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- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (نام داروها را بگوید).
۲- 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).
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 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؟).....
۸- اقدامات لازم در صورت بروز علایم 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- نهادهای 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؟)..... 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؟).....

بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟.....	۲۰- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲۱- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....	۲۲- بیمار/ مراقب علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲۳- بیمار دستورات/ پیشنهادهای قبلی مشاوره تلفنی را اجرا کرده است.
ح- ارزیابی	
نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطة: دارو <input type="checkbox"/> فعالیت <input type="checkbox"/> علائم هشدار دهنده <input type="checkbox"/> خودمراقبتی <input type="checkbox"/>	
نکات مورد توجه	
<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 او 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 علائمی که با روش های توصیه شده معمول قابل مدیریت نباشد (علائم 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. </p>	

توضیحات	نام پرستار پیگیری	ساعت پایان مکالمه	ساعت شروع مکالمه	علت عدم پاسخ	نتیجه تماس	تاریخ تماس
					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)

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
ب- اطلاعات بالینی	
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.....	
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 مورد این بیماری چه اقدام/اقدام ها 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.	در صورت بلی، چه مشکلی؟ دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون کنترل شده: کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی/ عروقی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/> نفروپاتی <input type="checkbox"/> حملات قلبی <input type="checkbox"/> سکته مغزی <input type="checkbox"/> سایر:.....
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 <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"/> 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"/> 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.....	
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.)

بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (نام داروها را بگویید.)	۲- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد)	۳- علائم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.
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- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است؟	۵- رژیم غذایی 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- 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"/>	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"/> (حداقل ۵ مورد را نام ببرد.)	۱۱- اقدامات لازم در صورت بروز علائم خطر مثل سردرد شدید، خون دماغ، تپش قلب و را بیان می کند.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۲- علائم افزایش و افت فشار خون را می داند.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است؟	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 بلی، چند بار مراجعه داشته است؟..... علت مراجعه.....	۱۴- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با بیماری به اورژانس مراجعه کرده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد.)	۱۵- در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام ببرید	۱۶- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟	۱۷- در مورد مشکل جدید، اقدامی انجام داده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۸- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....	۱۹- بیمار علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲۰- بیمار دستورات/پیشنهادها قبل مشاوره تلفنی را اجرا کرده است.
ح- ارزیابی	
نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطة: دارو <input type="checkbox"/> فعالیت <input type="checkbox"/> علائم هشدار دهنده <input type="checkbox"/> خودمراقبتی <input type="checkbox"/>	
نکات مورد توجه	
<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>	

- 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.

امضا	نام پرستار پیگیری	ساعت پایان مکالمه	ساعت شروع مکالمه	علت عدم پاسخ	نتیجه تماس	تاریخ تماس
					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)

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 <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:	
	سابقه استعمال دخانیات:	
	سایر:	
ج- بررسی وضعیت جسمی بیمار		
اختلال حرکتی:	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؟	
در مورد این بیماری چه اقدام/ اقدام‌هایی انجام داده است؟ ۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی‌کند. ۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می‌کند. ۳- از روش‌های طب مکمل و سنتی استفاده می‌کند. ۴- خود درمانی انجام می‌دهد. ۵- اقدامی انجام نداده است.	در صورت بلی، چه مشکلی؟ دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون کنترل شده:	سایر بیماری‌های مزمن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
	فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون کنترل شده:	کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/> سایر:
	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"/>	
نام دارو:	در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:	
اختلال حافظه:	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آیا دارو استفاده می‌کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
اختلال خواب:	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آیا دارو استفاده می‌کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
	نام دارو:	
ه- علائم و نشانه‌ها 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"/> بی‌اشتهایی <input type="checkbox"/> بی‌خوابی <input type="checkbox"/> تورم اندام‌ها <input type="checkbox"/> آسیت <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> یبوست <input type="checkbox"/> بی‌اختیاری ادرار <input type="checkbox"/> بی‌اختیاری 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"/> سینه‌ها 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 (لثه‌ها، تغییر رنگ ادرار، خلط خونی ...) <input type="checkbox"/> سایر:		
و- تواتر پیگیری		
طی سه روز بعد از ترخیص:	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)		

بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل سه علامت را نام ببرد.)	۱- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (داروها را نام ببرد.)	۲- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل سه علامت خطر 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"/> (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده صحیح و طبق دستور پزشک و استفاده از جعبه قرص شود.)	۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است؟	۵- رژیم غذایی 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- 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"/>	۹- نحوه مصرف پرل TNG و نحوه نگهداری از آن را می داند.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> طی هفته گذشته افت فشارخون و نبض داشته است؟	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"/>	۱۱- بیمار هرگونه درد (اپی گاستر، هیپوگاستر، درد پشت و بازوها از 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"/> در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است؟	۱۲- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می داند.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۵ مورد را نام ببرد.)	۱۳- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۲ علامت بهبودی را نام ببرد.)	۱۴- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است؟..... علت مراجعه؟.....	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، چه مشکلی؟.....	۱۶- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟	۱۷- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۸- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....	۱۹- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲۰- بیمار دستورات/پیشنهادها قبل مشاوره تلفنی را اجرا کرده است.

ح- ارزیابی

نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطة: دارو فعالیت علائم 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.

امضا	نام پرستار پیگیری	ساعت پایان مکالمه	ساعت شروع مکالمه	علت عدم پاسخ	نتیجه تماس	تاریخ تماس
					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): 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	
ب- اطلاعات بالینی		
تشخیص بیماری:	تاریخ بستری: 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:.....	
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"/>	در صورت بلی، کدام بیماری؟ دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون: فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون: 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؟ 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.
زخم بستری: 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- علائم 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"/> ولخرجی <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..... هیچ گونه علائمی ندارد <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.....		
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- علائم 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 لیتیموم 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"/>
ح- ارزیابی	

نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطة: دارو
 فعالیت
 علائم 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 (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"/>					

بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی

الف- اطلاعات بیمار		
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	سن (سال):
تاریخ ترخیص:	تاریخ ترخیص:	
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 <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..... مواد غذایی <input type="checkbox"/> باذکر نام.....	
عوامل محیطی <input type="checkbox"/> باذکر نام..... سایر..... <input type="checkbox"/>		
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 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.	در صورت بلی، چه مشکلی؟ دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون کنترل شده:..... فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون کنترل شده : قلبی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/> سایر:..... <input type="checkbox"/>	سایر بیماری های مزمن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
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 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..... <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..... <input type="checkbox"/>		
ز- بررسی وضعیت عمومی و خود مراقبتی بیمار (این قسمت در هر بار پیگیری تلفنی پرسیده شود)		
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.)		

بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (داروها را نام ببرد.)	۲- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل سه علامت خطر 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"/> (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده صحیح و طبق دستور پزشک و استفاده از جعبه قرص شود.)	۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است؟	۵- رژیم غذایی 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- 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"/>	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"/> در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است؟	۱۲- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می داند.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۵ مورد را نام ببرد)	۱۳- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نتیجه آزمایش	۱۴- آزمایشات دوره ای را انجام داده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	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 شالدون مراقبت های لازم را می داند.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد.)	۱۷- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است؟..... علت مراجعه:.....	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، چه مشکلی؟.....	۱۹- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟	۲۰- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲۱- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....	۲۲- بیمار علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲۳- بیمار دستورات /پیشنهادهای قبلی مشاوره تلفنی را اجرا کرده است.

ح- ارزیابی

نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطة: دارو فعالیت علائم 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.

امضا	نام پرستار پیگیری	ساعت پایان مکالمه	ساعت شروع مکالمه	علت عدم پاسخ	نتیجه تماس	تاریخ تماس
					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

شناسنامه شاخص های پایش و ارزشیابی واحد آموزش و پیگیری بیمار

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	$100 \times \frac{\text{تعداد بیماران ترخیصی که نیاز به بستری مجدد مرتبط با بیماری داشتند}}{\text{تعداد کل بیماران پیگیری شده}}$
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	$100 \times \frac{\text{تعداد بیماران ترخیصی راضی از خدمات واحد پیگیری و آموزش بیمارستان}}{\text{تعداد کل بیماران پیگیری شده}}$
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 مراجعات مرتبط با بیماری، برنامه ریزی نشده بیماران ترخیصی به اورژانس
فرمول شاخص	$100 \times \frac{\text{تعداد مراجعات برنامه ریزی نشده بیماران ترخیصی به اورژانس مرتبط با بیماری}}{\text{تعداد کل بیماران پیگیری شده}}$
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 پیگیری شده توسط واحد آموزش و پیگیری بیمار
فرمول شاخص	$100 \times \frac{\text{تعداد بیماران ترخیصی که پیگیری شده اند}}{\text{تعداد کل بیماران ترخیص شده}}$
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.

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 به صورت ۶ ماهه (پایان ۶ ماه) و جمعیتی (جمع بندی گزارش های ارسالی بیمارستان ها در بازه زمانی ۶ ماهه و ارایه یک عدد نهایی برای هر شاخص) خواهد بود.

پیوست ۱۳

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

