

به نام خدا

دستورالعمل اجرایی کلینیک های پرستاری آموزش و پیگیری بیمار

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

بهار ۱۴۰۱

مقدمه

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

از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج پس از ترخیص، عدم تبعیت از درمان (عدم اجرای صحیح رژیم دارویی و رژیم غذایی، عدم پیگیری درمان)، سواد سلامت پایین، عدم مشارکت مراقبین خانگی 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 هم‌زمان چند بیماری یا عارضه، ماهیت پیش‌رونده بیماری، می‌باشد. لذا رفع چالش‌های 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 مراقبت‌های ارایه شده، حصول اطمینان از تبعیت بیمار از دستورات توصیه شده، پاسخ به سؤالات و نیازهای احتمالی وی در راستای پیشگیری از مشکلات و بستری شدن‌های مجدد و مراجعات به اورژانس از سوی دیگر، ضرورت ایجاد ساز و کاری به منظور آموزش به بیمار و پیگیری وی پس از ترخیص را مطرح می‌نماید.

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 برنامه‌های ملی و نیز لزوم افزایش هزینه اثربخشی مراقبت‌ها و کاهش بار هزینه‌های سلامت در قانون برنامه پنجم توسعه و اولویت برنامه‌های معاونت‌های پرستاری، درمان و بهداشت و همچنین افزایش اثربخشی مراقبت‌های پرستاری در بالین، تأسیس "کلینیک پرستاری آموزش و پیگیری بیمار"^۱ به عنوان یکی از برنامه‌های معاونت پرستاری در نظر گرفته شده که دستورالعمل اجرایی این کلینیک‌ها با تأکید بر نقش اصلی ارایه‌دهندگان خدمات سلامت در برنامه ریزی، اولویت‌بندی و اجرای برنامه‌های آموزش و پیگیری بیمار به شرح ذیل ابلاغ می‌شود.

شایان ذکر است برنامه "پرستار پیگیری" که طی دستورالعمل شماره ۱۳۹/۶۴۲/د مورخ ۱۴۰۰/۵/۱۲ جهت اجرا به دانشگاه‌های علوم پزشکی منتخب ابلاغ گردیده بود، با دستورالعمل اجرایی این کلینیک، ادغام گردیده است.

^۱ 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- **کلینیک پرستاری آموزش و پیگیری بیمار:** به واحدی مستقر در بیمارستان اطلاق می شود که طبق این دستورالعمل جهت انجام پیگیری و ارایه 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 کلینیک به آن اشاره می شود.
- ۵-۱- **پرستار:** پرستار به فردی اطلاق می شود که دوره آموزش پرستاری (کارشناسی، کارشناسی ارشد یا دکترا) را طبق ضوابط و برنامه های آموزشی شورای عالی برنامه ریزی آموزش عالی در یکی از دانشکده های مصوب شورای گسترش دانشگاه ها و یا دانشکده های معتبر داخل و یا خارج از کشور طی نموده و مدرک تحصیلی 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 کلینیک مراجعه می کنند.
- ۷-۱- **آموزش به بیمار:** آموزش به بیمار در برگیرنده فعالیت های نظام مند و از قبل 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 و علایم و نشانه های بیماری را کنترل و درمان می کنند 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 کلینیک 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/ کلینیک 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 معمولاً 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 کلینیک 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- مسئول کلینیک

این کلینیک زیر نظر مدیر خدمات پرستاری بیمارستان (مترون) اداره شده و مسئولیت 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 مسئول کلینیک استفاده کنند.

تبصره ۲: فعالیت های این کلینیک، قابل برون سپاری به مراکز مشاوره و ارایه 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 مسئول کلینیک

- هماهنگی با ریاست بیمارستان جهت تامین فضای فیزیکی مناسب و تجهیزات و بودجه برای شروع و تداوم فعالیت کلینیک

- نظارت بر ارجاع مناسب بیماران به کلینیک

- ارزیابی و انتخاب پرستاران واجد شرایط جهت فعالیت در کلینیک

- تهیه و تنظیم برنامه کاری کلینیک و نظارت بر حسن انجام آن

- نظارت بر عملکرد کارکنان شاغل در کلینیک

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

- ارزشیابی و ارایه نتایج پایش شاخص های اثربخشی کلینیک 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 کلینیک

- مدرک کارشناسی پرستاری و بالاتر

تبصره: در صورت وجود پرستار با مدرک کارشناس ارشد بهداشت جامعه در بیمارستان، اولویت بکارگیری این نیروها در کلینیک 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 کلینیک و با هماهنگی عضو هیئت علمی پرستاری انجام وظیفه نمایند.

۶- شرح وظایف پرستار کلینیک

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 به کارگیری 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 کلینیک به مسئول کلینیک

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 ارائه شده به بیمار/ خانواده در زمان بستری بر عهده پرستار مراقب در بخش است.

۷- زیرساخت های لازم جهت کلینیک

۷-۱. فضای فیزیکی استاندارد کلینیک

- حداقل تعداد اتاق برای تاسیس کلینیک شامل یک اتاق به متراژ حداقل ۱۸ متر مربع می باشد.

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

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

۷-۲. نیروی انسانی مورد نیاز کلینیک

حداقل پرسنل موردنیاز کلینیک یک نفر پرستار واجد شرایط 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 کلینیک 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 روان بیماران از این پرستاران استفاده شود.

تبصره ۳: صدور ابلاغ برای پرستار کلینیک 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 کلینیک 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 آموزش به بیمار، کلاس یا سالن کنفرانس در نظر گرفته شود.

۸- فرآیند ارائه خدمت (گام های اجرایی) در کلینیک

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 مراقب و پزشک خود دریافت کرده، توسط سرپرستار مربوطه به کلینیک ارجاع داده می شود.

تبصره: ارجاع بیمار به کلینیک 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 و نحوه انتقال بیمار و سیر بیماری، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه های پس از ترخیص و نحوه انتقال بیمار می باشد.

۳- اطلاعات بیماران مراجعه کننده به کلینیک در فرم های مربوطه، بسته به شرایط در HIS یا دستی ثبت می گردد.

۴- پرونده آموزشی بیماران مراجعه کننده به کلینیک به صورت دستی/ الکترونیک تکمیل می گردد.

تبصره: پرونده بیماران مراجعه کننده به کلینیک به صورت الکترونیک تشکیل شده و شامل اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی، نیازسنجی آموزش به 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 مدون آموزشی جهت تشخیص های شایع مراجعه کننده به کلینیک توسط پرستار کلینیک اجرا می گردد.

تبصره: تعیین اثربخشی فعالیت های کلینیک 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 شامل افراد مبتلا به بیماری های مزمن/ صعب العلاج شامل CHF, CVA, COPD، دیابت، سرطان و آمپوتاسیون معرفی شده از بخش های بستری بوده و سایر مددجویان، صرفاً جهت دریافت آموزش می توانند به صورت مستقیم به این کلینیک مراجعه نمایند.

تبصره: 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.

۳- پرسشنامه های مربوطه (پیوست های ۶-۱) 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 کلینیک تا زمان راه اندازی برنامه در بستر HIS بایگانی می گردد.

۶- جمع بندی، تحلیل و ارسال نتایج خدمات ارائه شده در کلینیک در پایان هر سه ماه (تحلیل نقاط قوت، 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.

۹- تواتر پیگیری

تواتر پیگیری بر اساس نوع بیماری از سه روز پس 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 هشدار 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 کلینیک

۱۲-۱. تکمیل فایل اکسل به صورت فصلی (هر سه ماه یکبار)

۱۲-۲. ارائه گزارش کتبی در خصوص نقاط ضعف، قابل ارتقا و برنامه های اصلاحی

۱۱- شاخص های ارزشیابی (پیوست ۷)

- درصد بیماران ترخیصی که در بازه زمانی یک ماهه پس از ترخیص نیاز به بستری مجدد پیدا نمودند
- درصد عوارض جسمی پس از ترخیص بیماران ترخیصی در رابطه با خود مراقبتی در منزل
- درصد تعداد مراجعات برنامه ریزی نشده بیماران ترخیصی به اورژانس بیمارستانی/ کلینیک های غیر واگیر
- درصد رضایتمندی بیماران ترخیصی و خانواده آن ها از خدمات آموزشی و پیگیری

این دستورالعمل مشتمل بر ۱۱ ماده، ۱۶ تبصره و ۷ 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):
کد ملی:	فرد مصاحبه شونده: بیمار ☐ همراه/ مراقب بیمار ☐ نام همراه/مراقب:	تاریخ ترخیص:
شماره تماس بیمار:	شماره تماس همراه/ مراقب بیمار:	
وضعیت تاهل:	شغل:	تحصیلات:
محل سکونت بیمار:	منزل شخصی ☐ مراکز نگهداری ☐ منزل فرزندان ☐ سایر (ذکر شود)	نوع بیمه:
ب. اطلاعات بالینی		
تشخیص:	تاریخ بستری:	بخش بستری:
علت آمپوتاسیون:	تروما ☐ دیابت ☐ اختلالات عروقی ☐ سایر (ذکر شود)	
حساسیت:	دارد ☐ ندارد ☐ حساسیت به داروها ☐ باذکر نام: مواد غذایی ☐ باذکر نام:	
عوامل محیطی:	باذکر نام: سایر:	
ج. بررسی وضعیت جسمی بیمار		
اختلال حرکتی:	دارد ☐ ندارد ☐ در صورت پاسخ مثبت، از کدام وسیله استفاده می کند؟ واکر ☐ عصا ☐ ویلچر ☐ هیچکدام ☐	
درد:	دارد ☐ ندارد ☐ در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟	
بیماری مزمن:	دارد ☐ ندارد ☐	در صورت بلی، کدام بیماری؟ دیابت ☐ میزان آخرین قند خون: فشارخون ☐ میزان آخرین فشارخون: کلیوی ☐ قلبی ☐ ریوی ☐ سایر (ذکر شود)
در مورد این بیماری کدام اقدام 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.		
د. بررسی وضعیت روانی، عملکردی و اقتصادی بیمار		
اختلال روانی:	بلی ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل: آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐	
نام داروها:		
آیا اقدام دیگری نیز انجام داده است:	بلی ☐ خیر ☐ نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود:	
اختلال حافظه:	دارد ☐ ندارد ☐ آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐ نام دارو:	
اختلال خواب:	دارد ☐ ندارد ☐ آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐ نام دارو:	
اختلال عملکردی:	بلی ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:	

آیا اقدامی انجام داده است: بلی ☐ خیر ☐ نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود.....	
مشکلات اقتصادی: بلی ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ مثبت، زمینه مشکل:.....	
آیا مشاوره یا اقدام دیگری انجام داده است: بلی ☐ خیر ☐ نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود.....	
ه- علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه	
تنگی نفس ☐ ضعف ☐ خستگی ☐ تپش قلب ☐ افزایش وزن ☐ کاهش وزن ☐ بی اشتها ☐ بی خوابی ☐ تورم اندام ها ☐ درد ☐ سرفه ☐ اسهال ☐ یبوست ☐ بی اختیاری ادرار ☐ بی اختیاری مدفوع ☐ تکرر ادرار ☐ پر ادراری ☐ آنوری ☐ تب ☐ مشکلات پوستی ☐ تهوع و استفراغ ☐ عفونت ☐ سایر (ذکر شود)	
و- تواتر پیگیری	
اگر بیمار عوارضی دال بر عفونت یا هرگونه مشکل در محل آمپوتاسیون شامل خونریزی، عفونت، تب و لرز، درد شدید، قرمزی و تورم ناحیه داشته باشد لازم است در اسرع وقت به مرکز درمانی مراجعه کند.	
سه روز پس از ترخیص ماهی دو بار ☐ ماهی یکبار ☐ سایر ☐	
ز- بررسی وضعیت خود مراقبتی بیمار	
۱- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد)
۲- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐
۳- داروهای خود را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده از جعبه قرص شود.
۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.	بله ☐ خیر ☐
۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند.	بله ☐ خیر ☐
۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند.	بله ☐ خیر ☐
۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند.	بله ☐ خیر ☐
۸- راهکارهای پیشگیری و مدیریت علایم مندرج در بخش "ه" را می داند.	بله ☐ خیر ☐
۹- شرایط زخم اندام آمپوته شده را توضیح می دهد.	ترشح ☐ بو ☐ خونریزی ☐ قرمزی بخیه ☐ رنگ زخم ☐ در صورت وجود مورد غیر طبیعی چه اقدامی انجام داده است ؟
۱۰- پوزیشن های مناسب بعد از آمپوتاسیون را می داند.	بله ☐ خیر ☐
۱۱- زمان و نحوه تعویض پانسمان استامپ را بر اساس دستور جراح می داند.	بله ☐ خیر ☐
۱۲- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می داند.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است.
۱۳- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۵ مورد را نام ببرد)
۱۴- در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد)
۱۵- آ از زمان ترخیص تا کنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است.	بله ☐ خیر ☐ در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است..... علت مراجعه.....
۱۶- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.	بله ☐ خیر ☐ در صورت بلی، چه مشکلی؟.....
۱۷- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.	بله ☐ خیر ☐ چه اقدامی؟
۱۸- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....
۱۹- بیمار دستورات/پیشنهادهای پزشک یا پرستار را اجرا کرده است.	بله ☐ خیر ☐
ح- 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 مصرف می کند، از جمله ویتامین ها و داروهای سنتی و گیاهی، در دسترس قرار دهد.

- در هر مورد ذکر شده در پرسشنامه که بیمار اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به صورت ساده و روان به او ارائه شده و سپس بازخورد گرفته شود.

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

- شماره تماسی در اختیار بیمار/مراقب وی قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در زمان مناسب دیگری از شما بپرسد.

- شروع پیگیری بیمار از سه روز پس از ترخیص تا یک سال بعد و بر اساس دفعات مشخص شده می باشد.

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

پیوست ۲

بیمار مبتلا به سرطان

الف - اطلاعات بیمار		
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	سن (سال):
کد ملی:	فرد مصاحبه شونده: بیمار ☐ همراه/ مراقب بیمار ☐ نام همراه/مراقب:	
وضعیت تاهل:	شغل:	تحصیلات:
شماره تماس:	شماره تماس همراه/ مراقب بیمار:	
محل سکونت بیمار:	منزل شخصی ☐ مراکز نگهداری ☐ منزل فرزندان ☐ سایر.....	
ب - اطلاعات بالینی		
تشخیص:	تاریخ بستری:	
بخش بستری:	زمان تشخیص:	
نوع درمان:	جراحی ☐ کموتراپی ☐ رادیو تراپی ☐ سایر.....	
حساسیت:	دارد ☐ ندارد ☐ حساسیت به داروها ☐ باذکر نام..... مواد غذایی ☐ باذکر نام.....	
عوامل محیطی ☐ باذکر نام..... سایر.....		
ج - بررسی وضعیت جسمی بیمار		
اختلال حرکتی: دارد ☐ ندارد ☐ در صورت پاسخ مثبت، از کدام وسیله استفاده می کند؟ واکر ☐ عصا ☐ ویلچر ☐		
درد: دارد ☐ ندارد ☐ در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟		
بیماری های مزمن: دارد ☐ ندارد ☐	در صورت بلی، چه مشکلی؟ دیابت ☐ میزان آخرین قند خون کنترل شده:..... فشارخون ☐ میزان آخرین فشارخون کنترل شده:..... کلیوی ☐ قلبی ☐ ریوی ☐ سایر:.....	در مورد این بیماری چه اقدامی 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 بستر: دارد ☐ ندارد ☐ درجه زخم بستر: درجه ۱ (پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد) ☐ درجه ۲ (تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم) ☐ درجه ۳ (فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا) ☐ درجه ۴ (فقدان کامل پوست، تخریب وسیع پوستی، نکروز بافتی درگیری عضلات، استخوان ها و ساختارهای حمایتی نظیر تاندون و یا کپسول مفاصل و سفتی، سختی و نکروز لبه های زخم) ☐		
د- بررسی وضعیت روانی، عملکردی و اقتصادی بیمار		
اختلال روانی: بلی ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:..... آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐ نام دارو:		

آیا اقدام دیگری نیز انجام داده است: بلی ☐ خیر ☐ نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود.....	
اختلال حافظه: دارد ☐ ندارد ☐ آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐ نام دارو:.....	
اختلال خواب: دارد ☐ ندارد ☐ آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐ نام دارو:.....	
اختلال عملکردی: بلی ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:.....	
آیا اقدامی انجام داده است. بلی ☐ خیر ☐ نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود.....	
مشکلات اقتصادی: بلی ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ مثبت، زمینه مشکل:..... آیا مشاوره یا اقدام دیگری انجام داده است بلی ☐ خیر ☐ نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود.....	
ه- علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه	
تنگی نفس ☐ ضعف ☐ خستگی ☐ تپش قلب ☐ افزایش وزن ☐ کاهش وزن ☐ بی اشتها ☐ بی خوابی ☐ تورم اندام ها ☐ درد ☐ سرفه ☐ اسهال ☐ یبوست ☐ بی اختیاری ادرار ☐ بی اختیاری مدفوع ☐ تکرر ادرار ☐ پر ادراری ☐ آنوری ☐ تب ☐ ریزش مو ☐ مشکلات پوستی ☐ تهوع و استفراغ ☐ عفونت ☐ سایر:.....	
و- تواتر پیگیری	
اگر بیمار عوارضی دال بر عفونت یا هرگونه علایمی که با روش های توصیه شده معمول قابل مدیریت نباشد (نظیر علایم حاد قلبی تنفسی، درد متوسط تا شدید، علایم شدید گوارشی، اختلال سطح هوشیاری و نظایر آن) داشته باشد، لازم است در اسرع وقت به مرکز درمانی مراجعه کند.	
سه روز بعد از ترخیص ☐ ماهی دو بار ☐ ماهی یکبار ☐ سایر:.....	
ز- بررسی وضعیت خود مراقبتی بیمار	
۱- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد)
۲- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد)
۳- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐ (نام داروها را بگوید)
۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.	بله ☐ خیر ☐ (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده از جعبه قرص شود)
۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است.
۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است.
۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند.	بله ☐ 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.	بله ☐ خیر ☐ 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 ☐ خیر ☐ در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است.
۱۰- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۵ مورد را نام ببرد)
۱۱- در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد)
۱۲- از زمان ترخیص تا کنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است.	بله ☐ خیر ☐ در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است..... علت مراجعه:.....
۱۳- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.	بله ☐ خیر ☐ در صورت بلی، چه مشکلی؟.....
۱۴- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.	بله ☐ خیر ☐ چه اقدامی؟
۱۵- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....

۱۶- بیمار دستورات/ پیشنهادهای پزشک یا پرستار را اجرا کرده است.	بله ☐ خیر ☐
--	---

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 مصرف می کند، از جمله ویتامین ها و داروهای سنتی و گیاهی، در دسترس او باشد.

- در هر مورد ذکر شده در پرسشنامه که بیمار اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به صورت ساده و روان 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 او بدهید که شما به طور کامل پاسخگو هستید.

- شماره تماسی در اختیار بیمار/مراقب وی قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در زمان مناسب دیگری از شما بپرسد.

- شروع پیگیری بیمار از سه روز پس از ترخیص تا یک سال بعد و بر اساس دفعات مشخص شده می باشد.

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

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 ☐ همراه/ مراقب بیمار ☐ نام همراه/مراقب:	تاریخ ترخیص:
شماره تماس بیمار:	شماره تماس همراه/ مراقب بیمار:	
وضعیت تاهل:	شغل:	تحصیلات:
محل سکونت بیمار:	منزل شخصی ☐ مراکز نگهداری ☐ منزل فرزندان ☐ سایر (ذکر شود)	نوع بیمه:
ب. اطلاعات بالینی		
تشخیص:	تاریخ بستری:	بخش بستری:
حساسیت: دارد ☐ ندارد ☐ حساسیت به داروها ☐ باذکر نام..... مواد غذایی ☐ باذکر نام.....	عوامل محیطی ☐ باذکر نام..... سایر.....	
ج - بررسی وضعیت جسمی بیمار		
اختلال حرکتی: دارد ☐ ندارد ☐ در صورتی که بیمار اختلال حرکتی دارد از کدام وسیله استفاده می نماید؟ واکر ☐ عصا ☐ ویلچر ☐		
درد: دارد ☐ ندارد ☐ در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟		
بیماری های مزمن: دارد ☐ ندارد ☐	در صورت بلی، چه مشکلی؟ دیابت ☐ میزان آخرین قند خون کنترل شده:..... فشارخون ☐ میزان آخرین فشارخون کنترل شده: کلیوی ☐ قلبی ☐ ریوی ☐ سایر:.....	در مورد این بیماری چه اقدامی 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 بستر: دارد ☐ ندارد ☐ درجه زخم بستر: درجه ۱ (پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد) ☐ درجه ۲ (تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم) ☐ درجه ۳ (فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا) ☐ درجه ۴ (فقدان کامل پوست، تخریب وسیع پوستی، نکروز بافتی درگیری عضلات، استخوان ها و ساختارهای حمایتی نظیر تاندون و یا کپسول مفاصل و سفتی، سختی و نکروز لبه های زخم) ☐		
د - بررسی وضعیت روانی، عملکردی و اقتصادی بیمار		
اختلال روانی: بلی ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل..... آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐		
نام دارو:		
آیا اقدام دیگری نیز انجام داده است. بلی ☐ خیر ☐ نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود.....		
اختلال حافظه: دارد ☐ ندارد ☐ آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐ نام دارو:.....		
اختلال خواب: دارد ☐ ندارد ☐ آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐ نام دارو:.....		
اختلال عملکردی: بلی ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:.....		
آیا اقدامی انجام داده است. بلی ☐ خیر ☐ نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود.....		

مشکلات اقتصادی: بلی ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ مثبت، زمینه مشکل:..... آیا مشاوره یا اقدام دیگری انجام داده است بلی ☐ خیر ☐ نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود.....	
ه- علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه	
تنگی نفس شبانه ☐ ضعف ☐ خستگی ☐ تپش قلب ☐ افزایش وزن ☐ کاهش وزن ☐ بی اشتها ☐ بی خوابی ☐ تورم اندام ها ☐ درد ☐ سرفه ☐ اسهال ☐ یبوست ☐ بی اختیاری ادرار ☐ بی اختیاری مدفوع ☐ تکرر ادرار ☐ پر ادراری ☐ آنوری ☐ تب ☐ مشکلات پوستی ☐ تهوع و استفراغ ☐ عفونت ☐ خواب آلودگی ☐ ☐ احساس سنگینی قفسه سینه ☐ تنگی نفس هنگام استراحت: ☐ تنگی نفس هنگام فعالیت: ☐ تیره شدن لب ها و ناخن ها ☐ سردرد ☐ خلط ☐ تنفس صدا دار ☐ سایر.....	
و- توانر پیگیری	
اگر بیمار عوارضی دال بر عفونت یا هرگونه علایمی که با روش های توصیه شده معمول قابل مدیریت نباشد (نظیر علایم حاد قلبی تنفسی، اختلال هوشیاری، تب و نظایر آن) داشته باشد، لازم است در اسرع وقت به مرکز درمانی مراجعه کند.	
سه روز بعد از ترخیص ☐ ماهی دو بار ☐ ماهی یکبار ☐ سایر.....	
ز- بررسی وضعیت خود مراقبتی بیمار	
۱- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد)
۲- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد)
۳- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐ (نام داروها را بگوید)
۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.	بله ☐ خیر ☐ (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده از جعبه قرص شود)
۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است.
۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است.
۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند.	بله ☐ 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.	بله ☐ خیر ☐ 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 ☐ خیر ☐ در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است.
۱۰- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۵ مورد را نام ببرد)
۱۱- نحوه استفاده از ماسک و تنظیم دستگاه را در صورت ضرورت می داند.	بله ☐ خیر ☐
۱۲- اصول ایمنی هنگام استفاده از اکسیژن را می داند.	بله ☐ خیر ☐
۱۰- بیمار از خدمات بازتوانی ریه تحت نظر فیزیوتراپ استفاده می کند.	بله ☐ خیر ☐
۱۱- بیمار از دستگاه تهویه غیر تهاجمی استفاده می کند.	بله ☐ خیر ☐ نوع دستگاه تهویه غیر تهاجمی:
۱۹- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد)
۲۰- بیمار از زمان ترخیص تا کنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است.	بله ☐ خیر ☐ 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 ☐ خیر ☐ در صورت بروز مشکل جدید، چه مشکلی پیش آمده است.....

۲۲- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.	بله ☐ خیر ☐ چه اقدامی؟
۲۳- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....
۲۴- بیمار دستورات/پیشنهادهای پزشک یا پرستار را اجرا کرده است.	بله ☐ خیر ☐
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 مصرف می کند، از جمله ویتامین ها و داروهای سنتی و گیاهی، در دسترس او باشد. ✓ در هر مورد ذکر شده در پرسشنامه که بیمار اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به صورت ساده و روان 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 او بدهید که شما به طور کامل پاسخگو هستید. ✓ شماره تماسی در اختیار بیمار/مراقب وی قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در زمان مناسب دیگری از شما بپرسد. ✓ شروع پیگیری بیمار از سه روز پس از ترخیص تا یک سال بعد و بر اساس دفعات مشخص شده می باشد.	

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

پیوست ۴

بیمار دچار سکتة مغزی (CVA)

الف-اطلاعات بیمار		
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	سن (سال):
تاریخ ترخیص:		
کد ملی:	فرد مصاحبه شونده: بیمار ☐ همراه/ مراقب بیمار ☐ نام همراه/مراقب:	
شماره تماس بیمار:	شماره تماس همراه/ مراقب بیمار:	
وضعیت تاهل:	شغل:	تحصیلات:
نوع بیمه:		
محل سکونت بیمار:	منزل شخصی ☐ مراکز نگهداری ☐ منزل فرزندان ☐ سایر (ذکر شود)	
ب. اطلاعات بالینی		
تشخیص:	تاریخ بستری:	بخش بستری:
حساسیت : دارد ☐ ندارد ☐ حساسیت به داروها ☐ باذکر نام..... مواد غذایی ☐ باذکر نام.....		
عوامل محیطی ☐ باذکر نام..... سایر.....		
ج- بررسی وضعیت جسمی بیمار		
اختلال حرکتی: دارد ☐ ندارد ☐ در صورتی که بیمار اختلال حرکتی دارد از کدام وسیله استفاده می نماید؟ واکر ☐ عصا ☐ ویلچر ☐		
درد: دارد ☐ ندارد ☐ در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟		
بیماری های مزمن: دارد ☐ ندارد ☐	در صورت بلی، چه مشکلی؟	در مورد این بیماری چه اقدامی انجام داده است؟
	دیابت ☐ میزان آخرین قند خون کنترل شده:.....	۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند.
	فشارخون ☐ میزان آخرین فشارخون کنترل شده :	۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند.
		۳- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند.
	کلیوی ☐ قلبی ☐ ریوی ☐	۴- خود درمانی انجام می دهد.
	سایر:.....	۵- اقدامی انجام نداده است.
زخم بستر: دارد ☐ ندارد ☐		
درجه زخم بستر:		
درجه ۱ (پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد) ☐		
درجه ۲ (تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم) ☐		
درجه ۳ (فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا) ☐		
درجه ۴ (فقدان کامل پوست، تخریب وسیع پوستی، نکروز بافتی درگیری عضلات، استخوان ها و ساختارهای حمایتی نظیر تاندون و یا کپسول مفاصل و سفتی، سختی و نکروز لبه های زخم) ☐		
د- بررسی وضعیت روانی، عملکردی و اقتصادی بیمار		
اختلال روانی: بلی ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل..... آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐		
نام دارو:		
آیا اقدام دیگری نیز انجام داده است. بلی ☐ خیر ☐ نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود.....		
اختلال حافظه: دارد ☐ ندارد ☐ آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐ نام دارو:.....		
اختلال خواب: دارد ☐ ندارد ☐ آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐ نام دارو:.....		
اختلال عملکردی: بلی ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:.....		
آیا اقدامی انجام داده است. بلی ☐ خیر ☐ نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود.....		
مشکلات اقتصادی: بلی ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ مثبت، زمینه مشکل:..... آیا مشاوره یا اقدام دیگری انجام داده است بلی ☐ خیر ☐		

نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود.....

ه- علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه

اختلال تکلم ☐ اختلال شنوایی ☐ اختلال بلع ☐ اختلال ادراری و روده ای: ☐ اسهال ☐ یبوست ☐ بی اختیاری ادرار ☐ بی اختیاری مدفوع ☐
تکرر ادرار ☐ پرادراری ☐ آنوری ☐ تنگی نفس ☐ ضعف ☐ خستگی ☐ تپش قلب ☐ افزایش وزن ☐ کاهش وزن ☐ بی اشتها ☐ بی خوابی ☐ تورم اندام ها ☐ درد ☐ سرفه ☐ تب ☐ مشکلات پوستی ☐ تهوع و استفراغ ☐ عفونت ☐ سایر.....

و- توانر پیگیری

اگر بیمار عوارضی دال بر عفونت یا هرگونه علایمی که با روش های توصیه شده معمول قابل مدیریت نباشد (نظیر ناپایداری علایم حیاتی، اختلال سطح هوشیاری، اختلالات حسی و حرکتی، تب و نظایر آن) داشته باشد، لازم است در اسرع وقت به مرکز درمانی مراجعه کند.

سه روز بعد از ترخیص ☐ ماهی دو بار ☐ ماهی یکبار ☐ سایر.....

ز- بررسی وضعیت خود مراقبتی بیمار

۱- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد)
۲- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد)
۳- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐ (نام داروها را بگوید)
۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.	بله ☐ خیر ☐ (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده از جعبه قرص شود)
۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است.
۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است.
۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند.	بله ☐ 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.	بله ☐ خیر ☐ 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 ☐ خیر ☐ در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است.
۱۰- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۵ مورد را نام ببرد)
۱۱- بیمار از خدمات توانبخشی و بازتوانی استفاده می کند؟	بله ☐ خیر ☐
۱۲- در صورت استفاده از خدمات توانبخشی و بازتوانی از چه نوع خدماتی استفاده می کند؟	فیزیوتراپی ☐ گفتار درمانی ☐ کاردرمانی ☐ ورزش ☐ سایر موارد ☐
۱۳- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد)
۱۴- بیمار از زمان ترخیص تاکنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است.	بله ☐ خیر ☐ در صورت مراجعه به اورژانس چند بار مراجعه کرده است:..... علت مراجعه به اورژانس بیمارستان
۱۵- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.	بله ☐ خیر ☐ در صورت بلی، چه مشکلی؟.....
۱۶- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است؟	بله ☐ خیر ☐ چه اقدامی؟
۱۷- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، دلایل ذکر شود:.....
۱۸- بیمار دستورات/پیشنهادهای پزشک یا پرستار را اجرا کرده است.	بله ☐ خیر ☐

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 مصرف می کند، از جمله ویتامین ها و داروهای سنتی و گیاهی، در دسترس او باشد.
- ✓ در هر مورد ذکر شده در پرسشنامه که بیمار اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به صورت ساده و روان 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 او بدهید که شما به طور کامل پاسخگو هستید.
- ✓ شماره تماسی در اختیار بیمار/مراقب وی قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در زمان مناسب دیگری از شما بپرسد.
- ✓ شروع پیگیری بیمار از سه روز پس از ترخیص تا یک سال بعد و بر اساس دفعات مشخص شده می باشد.

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

پیوست ۵

دیابت

الف-اطلاعات بیمار		
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	سن (سال):
تاریخ ترخیص:		
کد ملی:	فرد مصاحبه شونده: بیمار ☐ همراه/ مراقب بیمار ☐ نام همراه/مراقب:...	
وضعیت تاهل:	شغل:	تحصیلات:
نوع بیمه:		
شماره تماس:	شماره تماس همراه/ مراقب بیمار:	
محل سکونت بیمار:	منزل شخصی ☐ مراکز نگهداری ☐ منزل فرزندان ☐ سایر:	
ب- اطلاعات بالینی		
تشخیص:	تاریخ بستری:	
بخش بستری:	زمان تشخیص:	
حساسیت : دارد ☐ ندارد ☐ حساسیت به داروها ☐ با ذکر نام:.....	مواد غذایی ☐ با ذکر نام:.....	
عوامل محیطی ☐ با ذکر نام:.....	سایر:.....	
نوع دیابت	دیابت بارداری ☐	نوع ۱ ☐ نوع ۲ ☐
مدت زمان ابتلا به دیابت ماه/ سال		
ج- بررسی وضعیت جسمی بیمار		
اختلال حرکتی:	دارد ☐ ندارد ☐ در صورت پاسخ مثبت، از کدام وسیله استفاده می کند؟ واکر ☐ عصا ☐ ویلچر ☐	
درد:	دارد ☐ ندارد ☐ در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟	
بیماری های مزمن: دارد ☐ ندارد ☐	در صورت بلی، چه مشکلی؟ فشارخون ☐ میزان آخرین فشارخون کنترل شده : کلیوی ☐ قلبی/ عروقی ☐ ریوی ☐ نفروپاتی ☐ حملات قلبی ☐ سکته مغزی ☐ سایر:.....	در مورد این بیماری چه اقدامی 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 ☐ ندارد ☐ درجه زخم بستری: درجه ۱ (پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد) ☐ درجه ۲ (تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم) ☐ درجه ۳ (فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا) ☐ درجه ۴ (فقدان کامل پوست، تخریب وسیع پوستی، نکروز بافتی درگیری عضلات، استخوان ها و ساختارهای حمایتی نظیر تاندون و یا کپسول مفاصل و سفتی، سختی و نکروز لبه های زخم) ☐		
د- بررسی وضعیت روانی، عملکردی و اقتصادی بیمار		
اختلال روانی: بلی ☐ خیر ☐	در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:..... آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐	
نام دارو:.....		
آیا اقدام دیگری نیز انجام داده است. بلی ☐ خیر ☐ نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود:.....		
اختلال حافظه: دارد ☐ ندارد ☐	آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐ نام دارو:.....	
اختلال خواب: دارد ☐ ندارد ☐	آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐ نام دارو:.....	
اختلال عملکردی: بلی ☐ خیر ☐	در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:.....	

آیا اقدامی انجام داده است. بلی ☐ خیر ☐ نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود.....	
مشکلات اقتصادی: بلی ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ مثبت، زمینه مشکل:..... آیا مشاوره یا اقدام دیگری انجام داده است بلی ☐ خیر ☐ نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود.....	
ه- علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه	
تنگی نفس ☐ ضعف ☐ خستگی ☐ افزایش وزن ☐ کاهش وزن ☐ بی اشتها ☐ بی خوابی ☐ تورم اندام ها ☐ درد ☐ سرفه ☐ اسهال ☐ یبوست ☐ بی اختیاری ادرار ☐ بی اختیاری مدفوع ☐ تکرر ادرار ☐ پر ادراری ☐ الیگوری ☐ آنوری ☐ تب ☐ مشکلات پوستی ☐ تهوع و استفراغ ☐ عفونت ☐ بی حسی اندام ها ☐ اختلال بینایی ☐ سایر..... عوارض دیررس دیابت: نوروپاتی (بی حسی، کرختی، التهاب یا زخم در پاها) ☐ رتینوپاتی ☐ زخم پای دیابتی ☐ اختلال حرکتی ☐ نوروپاتی ☐	
و- توانر پیگیری	
اگر بیمار عوارضی دال بر عفونت یا هرگونه علایمی که با روش های توصیه شده معمول قابل مدیریت نباشد (نظیر علایم هایپرگلیسمی و هایپوگلیسمی، اختلالات قلبی تنفسی، اختلال سطح هوشیاری، اختلالات حسی و حرکتی، تب و نظایر آن) داشته باشد، لازم است در اسرع وقت به مرکز درمانی مراجعه کند.	
سه روز بعد از ترخیص ☐ ماهی دو بار ☐ ماهی یکبار ☐ سایر.....	
ز- بررسی وضعیت خود مراقبتی بیمار	
۱- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد)
۲- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد)
۳- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐ (نام داروها را بگوید)
۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.	بله ☐ خیر ☐ (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده از جعبه قرص شود)
۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است.
۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است.
۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند.	بله ☐ 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.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است.
۹- نحوه صحیح توزین روزانه و ثبت آن را می داند.	بله ☐ خیر ☐
۱۰- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/کلینیک دیابت/مطب پزشک مربوطه را می داند.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است.
۱۱- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۵ مورد را نام ببرد)
۱۲- علایم افت قند خون (بی حالی، ضعف، عرق کردن، لرزش، خواب آلودگی) را می داند.	بله ☐ خیر ☐ طی هفته گذشته افت قند خون داشته است؟ بله ☐ خیر ☐ زمان بروز افت قند خون (جهت بررسی از نظر اینکه افت قند خون به علت داروی مصرفی بوده است یا خیر؟)
۱۳- در صورت مصرف انسولین نکات مراقبتی مرتبط (روش نگهداری، تزریق، زمان استفاده، عوارض، روش های پیشگیری از هایپوگلیسمی و لیپودیستروپی ناشی از آن) را می داند.	بله ☐ خیر ☐
۱۴- خودپایشی قند خون را انجام داده و ثبت می نماید (توصیه اکید به انجام آن در	بله ☐ خیر ☐

راستای پیشگیری از عوارض حاد و مزمن بیماری و تنظیم و کاهش دوز داروها شود).	بیمار دلیل عدم انجام خود پایشی را بیان نماید.
۱۵- بیمار از زمان ترخیص تا کنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده یا بستری شده است.	☐ بله ☐ خیر ☐ بله ☐ خیر در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است..... علت مراجعه:.....
۱۶- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد.	☐ بله ☐ خیر (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد)
۱۷- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.	☐ بله ☐ خیر نام ببرید
۱۸- در مورد مشکل جدید، اقدامی انجام داده است.	☐ بله ☐ خیر چه اقدامی؟
۱۹- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.	☐ بله ☐ خیر در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....
۲۰- بیمار دستورات /پیشنهادهای پزشک یا پرستار را اجرا کرده است.	☐ بله ☐ خیر
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.	
☐ بله ☐ خیر نام دارو (ها):	
بیمار از داروی خوراکی دیابت استفاده می نماید.	
☐ بله ☐ خیر	
بیمار از انسولین استفاده می نماید.	
☐ بله ☐ خیر	
سایر داروهای مورد استفاده بیمار	

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

پیوست ۶

نارسایی احتقانی قلبی (CHF)

الف- اطلاعات بیمار		
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	سن (سال):
تاریخ ترخیص:		
کد ملی:	فرد مصاحبه شونده: بیمار ☐ همراه/ مراقب بیمار ☐ نام همراه/مراقب:...	
وضعیت تاهل:	شغل:	تحصیلات:
نوع بیمه:		
شماره تماس:	شماره تماس همراه/ مراقب بیمار:	
محل سکونت بیمار:	منزل شخصی ☐ مراکز نگهداری ☐ منزل فرزندان ☐ سایر:	
ب- اطلاعات بالینی		
تشخیص:	تاریخ بستری:	
بخش بستری:	زمان تشخیص:	
حساسیت : دارد ☐ ندارد ☐ حساسیت به داروها ☐ باذکر نام:.....	مواد غذایی ☐ باذکر نام:.....	
عوامل محیطی ☐ باذکر نام:..... سایر:.....		
ج- بررسی وضعیت جسمی بیمار		
اختلال حرکتی:	دارد ☐ ندارد ☐ در صورت پاسخ مثبت، از کدام وسیله استفاده می کند؟ واکر ☐ عصا ☐ ویلچر ☐	
درد:	دارد ☐ ندارد ☐ در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟	
سایر بیماری های مزمن: دارد ☐ ندارد ☐	در صورت بلی، چه مشکلی؟ دیابت ☐ میزان آخرین قند خون کنترل شده:..... فشارخون ☐ میزان آخرین فشارخون کنترل شده :..... کلیوی ☐ قلبی ☐ ریوی ☐ سایر:.....	در مورد این بیماری چه اقدامی 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 بستر: دارد ☐ ندارد ☐ درجه زخم بستر: درجه ۱ (پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد) ☐ درجه ۲ (تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم) ☐ درجه ۳ (فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا) ☐ درجه ۴ (فقدان کامل پوست، تخریب وسیع پوستی، نکروز بافتی درگیری عضلات، استخوان ها و ساختارهای حمایتی نظیر تاندون و یا کپسول مفاصل و سفتی، سختی و نکروز لبه های زخم) ☐		
د- بررسی وضعیت روانی، عملکردی و اقتصادی بیمار		
اختلال روانی: بلی ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:..... آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐		
نام دارو:.....		
آیا اقدام دیگری نیز انجام داده است. بلی ☐ خیر ☐ نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود:.....		
اختلال حافظه: دارد ☐ ندارد ☐ آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐ نام دارو:.....		
اختلال خواب: دارد ☐ ندارد ☐ آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐ نام دارو:.....		
اختلال عملکردی: بلی ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:.....		
آیا اقدامی انجام داده است. بلی ☐ خیر ☐ نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود:.....		

مشکلات اقتصادی: بلی ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ مثبت، زمینه مشکل: آیا مشاوره یا اقدام دیگری انجام داده است بلی ☐ خیر ☐ نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود:	
ه- علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه	
تنگی نفس ☐ ضعف ☐ خستگی ☐ تپش قلب ☐ افزایش وزن ☐ کاهش وزن ☐ بی اشتها ☐ بی خوابی ☐ تورم اندام ها ☐ آسیت ☐ درد ☐ سرفه ☐ اسهال ☐ یبوست ☐ بی اختیاری ادرار ☐ بی اختیاری مدفوع ☐ تکرر ادرار ☐ پر ادراری ☐ آنوری ☐ تب ☐ مشکلات پوستی ☐ تهوع و استفراغ ☐ عفونت ☐ سایر:	
و- تواتر پیگیری	
اگر بیمار عوارضی دال بر عفونت یا 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.	
سه روز بعد از ترخیص ☐ ماهی دو بار ☐ ماهی یکبار ☐ سایر:	
ز- بررسی وضعیت خود مراقبتی بیمار	
۱- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐ حداقل سه علامت خطر را نام ببرید
۲- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐
۳- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐ (داروها را نام ببرد)
۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.	بله ☐ خیر ☐ (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده از جعبه قرص شود)
۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است.
۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و) چه اقدامی انجام داده است.
۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند.	بله ☐ 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.	بله ☐ 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 شبها 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).	بله ☐ خیر ☐
۱۰- نحوه صحیح توزین روزانه و ثبت آن را می داند.	بله ☐ 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).	بله ☐ خیر ☐
۱۲- نحوه استفاده از ماسک اکسیژن و تنظیم دستگاه را در صورت ضرورت می داند.	بله ☐ خیر ☐
۱۳- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می داند.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است.
۱۴- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۵ مورد را نام ببرد)
۱۵- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد)
۱۶- بیمار از زمان ترخیص تا کنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است.	بله ☐ خیر ☐ در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته

است.....		علت مراجعه:.....
۱۷- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.		بله ☐ خیر ☐ در صورت بلی، چه مشکلی؟.....
۱۸- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.		بله ☐ خیر ☐ چه اقدامی؟
۱۹- بیمار علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.		بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....
۲۰- بیمار دستورات /پیشنهادهای پزشک یا پرستار را اجرا کرده است.		بله ☐ خیر ☐
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 مصرف می کند، از جمله ویتامین ها و داروهای سنتی و گیاهی، در دسترس او باشد. ✓ در هر مورد ذکر شده در پرسشنامه که بیمار اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به صورت ساده و روان 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 او بدهید که شما به طور کامل پاسخگو هستید. ✓ شماره تماسی در اختیار بیمار/مراقب وی قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در زمان مناسب دیگری از شما بپرسد. ✓ شروع پیگیری بیمار از سه روز پس از ترخیص تا یک سال بعد و بر اساس دفعات مشخص شده می باشد.		

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

پیوست ۷

نام شاخص	درصد مراجعات برنامه ریزی نشده بیماران ترخیصی به اورژانس بیمارستانی یا درمانگاه
----------	--

شناسنامه شاخص های پایش و ارزشیابی کلینیک آموزش و پیگیری بیمار

نام شاخص	درصد بیماران ترخیصی که نیاز به بستری مجدد داشتند
اهمیت موضوع	بستری مجدد یک ماه اول بعد از ترخیص به عنوان پدیده ای قابل پیشگیری و هزینه بر، معمولاً به دلیل عدم تداوم مراقبت مناسب پس از ترخیص ایجاد می گردد.
نوع شاخص	برآیندی
فرمول شاخص	$\frac{\text{تعداد بیماران ترخیصی که نیاز به بستری مجدد داشتند}}{\text{تعداد کل بیماران پیگیری شده}} \times 100$
تعریف صورت شاخص	منظور بیماران ترخیصی هستند که نیاز به بستری مجدد طی یک ماه بعد از ترخیص پیدا نمودند.
تعریف مخرج شاخص	کل بیمارانی که در طول همان فصل، پیگیری شده اند.
نام شاخص	درصد عوارض جسمی پس از ترخیص در بیماران ترخیصی در رابطه با خود مدیریتی در منزل
فرمول شاخص	$\frac{\text{تعداد بیمارانی که پس از ترخیص دچار بروز عوارض جسمی ناشی از عدم خودمراقبتی شده اند}}{\text{تعداد کل بیماران پیگیری شده}} \times 100$
تعریف صورت شاخص	تعداد بیمارانی که پس از ترخیص و در هنگام تکمیل فرم های پیگیری، دچار علایم هشدار ناشی از عدم خود مدیریتی شده اند. این علایم هشدار در قسمت تواتر پیگیری (پیوست ۶-۱) ذکر شده است.
تعریف مخرج شاخص	کل بیمارانی که در طول همان فصل، پیگیری شده اند.

فرمول شاخص	$\frac{\text{تعداد مراجعات برنامه ریزی نشده بیماران ترخیصی به اورژانس بیمارستان یا درمانگاه}}{\text{تعداد کل بیماران پیگیری شده}} \times 100$
تعریف صورت شاخص	منظور از تعداد مراجعات برنامه ریزی نشده، مراجعات بیماران ترخیصی است که دچار عوارض بعد از ترخیص شده و خارج از نوبت تعیین شده و یا بدون هماهنگی پرستار پیگیری 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 فصل پیگیری شده اند.
نام شاخص	درصد رضایتمندی بیماران ترخیصی / خانواده آن ها از خدمات پیگیری
فرمول شاخص	$\frac{\text{تعداد بیماران رضایتمند و خانواده از خدمات پیگیری}}{\text{کل بیماران پیگیری شده}} \times 100$
تعریف صورت شاخص	تعداد بیماران و خانواده آنها که از انجام پیگیری رضایت داشته و تمایل به ادامه پیگیری دارند.
تعریف مخرج شاخص	کل بیمارانی که در طول همان فصل پیگیری شده اند.