



{ بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریوی (COPD) }

کلینیک پرستاری آموزش و پیگیری بیمار Patient Education & Follow up Nursing Clinic

الف - اطلاعات بیمار									
نام و نام خانوادگی	نام پدر	سن (سال)	تاریخ ترخیص	1401	کد ملی	فرد مصاحبه شونده:	بیمار <input type="checkbox"/>	همراه/ مراقب بیمار <input type="checkbox"/>	نام همراه/مراقب
وضعیت تاهل	شغل	تحصیلات:	نوع بیمه		شماره تماس	شماره تماس همراه/ مراقب بیمار			
محل سکونت بیمار: منزل شخصی <input type="checkbox"/>	مراکز نگهداری <input type="checkbox"/>	منزل فرزندان <input type="checkbox"/>	سایر <input type="checkbox"/>						
ب - اطلاعات بالینی									
تشخیص	تاریخ بستری	1401	بخش بستری	زمان تشخیص	حساسیت با ذکر نام	حساسیت به داروها	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	عوامل محیطی
ج - بررسی وضعیت جسمی بیمار									
اختلال حرکتی	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	با ذکر نام	ویلچر <input type="checkbox"/>	واکر <input type="checkbox"/>	عصا <input type="checkbox"/>	درد دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	میزان درد بر اساس خط کش می باشد
سایر بیماری های مزمن	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"/>	در مورد این بیماری چه اقدامی انجام داده است؟ 1- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند. <input type="checkbox"/>	2- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند <input type="checkbox"/> 3- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند. <input type="checkbox"/>
دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>							4- خود درمانی انجام می دهد. <input type="checkbox"/> 5- اقدامی انجام نداده است <input type="checkbox"/>	
زخم بستر	درجه 1 (پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد) <input type="checkbox"/>	درجه 2 (تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم) <input type="checkbox"/>	درجه 3 (فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا) <input type="checkbox"/>	درجه 4 (فقدان کامل پوست، تخریب وسیع پوستی، نکروز بافتی درگیری عضلات، استخوان ها و ساختارهای حمایتی نظیر تاندون و یا کیسول مفاصل و سفتی، سختی و نکروز لبه های زخم) <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>			
د - بررسی وضعیت روانی، عملکردی و اقتصادی بیمار									
اختلال روانی	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	نوع مشکل	مصرف دارو روانپزشکی	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	اسم دارو	1401	
آیا اقدام دیگری نیز انجام داده است.	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود	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			
اختلال عملکردی	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:	آیا اقدامی انجام داده است	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود	1401	
مشکلات اقتصادی	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	در صورت پاسخ مثبت، زمینه مشکل	آیا مشاوره یا اقدام دیگری انجام داده است	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود	1401	
ه - علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه									
تب <input type="checkbox"/>	ضعف <input type="checkbox"/>	خستگی <input type="checkbox"/>	تپش قلب <input type="checkbox"/>	افزایش وزن <input type="checkbox"/>	یبوست <input type="checkbox"/>	بی اشتها <input type="checkbox"/>	مشکلات پوستی <input type="checkbox"/>	تورم اندام ها <input type="checkbox"/>	تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/>
درد <input type="checkbox"/>	سرفه <input type="checkbox"/>	اسهال <input type="checkbox"/>	سردرد <input type="checkbox"/>	کاهش وزن <input type="checkbox"/>	بی خوابی <input type="checkbox"/>	تکرر ادرار <input type="checkbox"/>	پر ادراری <input type="checkbox"/>	بی اختیاری ادرار <input type="checkbox"/>	بی اختیاری مدفوع <input type="checkbox"/>
آنوری <input type="checkbox"/>	آسیت <input type="checkbox"/>	عفونت <input type="checkbox"/>	احساس سنگینی قفسه سینه <input type="checkbox"/>	تنگی نفس هنگام استراحت <input type="checkbox"/>	تنگی نفس هنگام استراحت <input type="checkbox"/>	تنگی نفس هنگام استراحت <input type="checkbox"/>	تنفس صدا دار <input type="checkbox"/>	خواب آلودگی <input type="checkbox"/>	تنگی نفس شبانه <input type="checkbox"/>
تنگی نفس هنگام فعالیت	تیره شدن لب ها و ناخن ها	سایر <input type="checkbox"/>							



{ بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریوی (COPD) }

Patient Education & Follow up Nursing Clinic

کلینیک پرستاری آموزش و پیگیری بیمار

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، اختلال هوشیاری، تب و نظایر آن) داشته باشد، لازم است در اسرع وقت به مرکز درمانی مراجعه کند			
سه روز بعد از ترخیص <input type="checkbox"/>	ماهی دو بار <input type="checkbox"/>	ماهی یکبار <input type="checkbox"/>	سایر <input type="checkbox"/>
ز- بررسی وضعیت خود مراقبتی بیمار			
1- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	حداقل سه علامت خطر را نام ببرید	
2- علایم خطر مرتب با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
3- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نام دارو	
4- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده از جعبه قرص شود	
5- رژیم غذایی مناسب خود را می داند	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است	
6- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و...) چه اقدامی انجام داده است	
7- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و...) چه اقدامی انجام داده است	
8- راهکارهای پیشگیری و مدیریت علایم مندرج در بخش "ه" را می داند	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و...) چه اقدامی انجام داده است	
9- زمان مراجعه بعدی/ ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می داند	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است	
10- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند(حداقل 5 مورد را نام ببرد)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
12- نحوه استفاده از ماسک اکسیژن و تنظیم دستگاه را در صورت ضرورت می داند	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
13- اصول ایمنی هنگام استفاده از اکسیژن را می داند	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
14- بیمار از خدمات بازتوانی ریه تحت نظر فیزیوتراپ استفاده می کند	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
15- بیمار از دستگاه تهویه غیر تهاجمی استفاده می کند	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نوع دستگاه تهویه غیر تهاجمی:	
16- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد.	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	حداقل 3 علامت بهبودی را نام ببرد	
17- بیمار از زمان ترخیص تا کنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است. علت مراجعه	
18- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	در صورت بلی، چه مشکلی؟	
19- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	چه اقدامی؟	
20- بیمار علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	در صورت خیر، دلایل ذکر شود	
21- بیمار دستورات/پیشنهادهای پزشک یا پرستار را اجرا کرده است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
<p>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.</p>			

