



کلینیک پرستاری آموزش و پیگیری بیمار { بیمار دچار سکته مغزی (CVA) } Patient Education & Follow up Nursing Clinic

الف - اطلاعات بیمار											
نام و نام خانوادگی		نام پدر		سن (سال)		تاریخ ترخیص					
کد ملی		فرد مصاحبه شونده:		<input type="checkbox"/> بیمار <input type="checkbox"/> همراه/ مراقب بیمار <input type="checkbox"/>		نام همراه/مراقب					
وضعیت تاهل		<input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد		شغل		تحصیلات:		نوع بیمه			
شماره تماس		شماره تماس همراه/ مراقب بیمار		نسبت همراه با 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		بخش بستری		زمان تشخیص					
حساسیت با ذکر نام		حساسیت به داروها		مواد غذایی		عوامل محیطی					
<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد											
ج - بررسی وضعیت جسمی بیمار											
اختلال حرکتی		درد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> یا ذکر نام		<input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> واکر <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> عضا <input type="checkbox"/>			
سایر بیماری های مزمن		دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون کنترل شده		فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون کنترل شده		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"/>			
<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 کپسول مفاصل و سفتی، سختی و نکروز لبه های زخم) <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> زخم <input type="checkbox"/> بستر									
د - بررسی وضعیت روانی، عملکردی و اقتصادی بیمار											
اختلال روانی		درد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع مشکل		مصرف دارو روانپزشکی		دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> اسم دارو					
آیا اقدام دیگری نیز انجام داده است. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود									
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							
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							
ه - علائم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه											
<input type="checkbox"/> 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"/>		<input type="checkbox"/> درد <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> عفونت <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"/>		<input type="checkbox"/> آنوری <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> ریزش مو <input type="checkbox"/> مشکلات پوستی <input type="checkbox"/> اختلال ادراری و روده ای <input type="checkbox"/> اختلال تکلم <input type="checkbox"/> اختلال شنوایی <input type="checkbox"/> اختلال بلع <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>					



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی استان ایلام
 مرکز آموزشی درمانی شهید مصطفی خمینی (ره)



کلینیک پرستاری آموزش و پیگیری بیمار { بیمار دچار سکته مغزی (CVA) } Patient Education & Follow up Nursing Clinic

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 ماهی دو بار ماهی یکبار سایر

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"/>	
11- بیمار از خدمات توانبخشی و بازتوانی استفاده می کند؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
12- در صورت استفاده از خدمات توانبخشی و بازتوانی از چه نوع خدماتی استفاده می کند؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
13- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد.	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	حداقل 3 علامت بهبودی را نام ببرد
14- 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
15- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	در صورت بلی، چه مشکلی؟
16- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	چه اقدامی؟
17- بیمار علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	در صورت خیر، دلایل ذکر شود
18- بیمار دستورات/پیشنهادها/پزشک یا پرستار را اجرا کرده است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <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 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.

نام و نام خانوادگی	شماره تماس	شماره تماس همراه/ مراقب بیمار	ساعت شروع مکالمه	ساعت پایان مکالمه	نام پرستار پیگیری	امضا
تاریخ تماس	نتیجه تماس	علت عدم پاسخ				
	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"/>					



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی استان ایلام
مرکز آموزشی درمانی شهید مصطفی خمینی (ره)



کلینیک پرستاری آموزش و پیگیری بیمار { بیمار دچار سکته مغزی (CVA) } Patient Education & Follow up Nursing Clinic