



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 { **دیابت** } 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		متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>		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		دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		حساسیت به داروها		مواد غذایی		عوامل محیطی	
نوع دیابت		دیابت بارداری <input type="checkbox"/> نوع 1 <input type="checkbox"/> نوع 2 <input type="checkbox"/>		مدت زمان ابتلا به دیابت		ماه		سال	
ج - بررسی وضعیت جسمی بیمار									
اختلال حرکتی		دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آبا 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		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"/>		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"/> 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"/>	
دارد <input type="checkbox"/>		زخم <input type="checkbox"/>		بستر <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			
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									
تب <input type="checkbox"/>		ضعف <input type="checkbox"/>		خستگی <input type="checkbox"/>		تنگی نفس <input type="checkbox"/>		افزایش وزن <input type="checkbox"/>	
درد <input type="checkbox"/>		سرفه <input type="checkbox"/>		اسهال <input type="checkbox"/>		عفونت <input type="checkbox"/>		کاهش وزن <input type="checkbox"/>	
آنوری <input type="checkbox"/>		تنگی نفس <input type="checkbox"/>		ریزش مو <input type="checkbox"/>		مشکلات پوستی <input type="checkbox"/>		بی حسی اندام ها <input type="checkbox"/>	
عوارض دیررس دیابت		نوروپاتی (بی حسی، کرختی، التها 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"/>							



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 { **دیبابت** } Patient Education & Follow up Nursing Clinic

و- تواتر پیگیری

اگر بیمار عوارضی دال بر عفونت یا هرگونه علائمی 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			
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- علائم 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- علائم 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 علائم 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- نحوه صحیح توزین روزانه و ثبت آن را می داند	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
10- 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	
11- اقدامات لازم در صورت بروز علائم 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- علائم افت قند خون (بی حالی، ضعف، عرق کردن، لرزش، خواب آلودگی) را می داند	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	طی هفته گذشته افت قند خون داشته است؟ زمان بروز افت قند خون (جهت بررسی از نظر اینکه افت قند خون به علت داروی مصرفی بوده است یا خیر؟)	
13- در صورت مصرف انسولین نکات مراقبتی مرتب (روش نگهداری، تزریق، زمان استفاده، عوارض، روش های پیشگیری از هایپوگلیسمی و لیپودستروپی ناشی از آن)را می داند	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
14- خودپایشی قند خون را انجام داده و ثبت می نماید (توصیه اکید به انجام آن در راستای پیشگیری از عوارض حاد و مزمن بیماری و تنظیم و کاهش دوز داروها شود)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیمار دلیل عدم خودپایشی را بیان می کند	
15- 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	
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- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	در صورت بلی، چه مشکلی؟	
18- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	چه اقدامی؟	
19- بیمار علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	در صورت خیر، دلایل ذکر شود	
20- بیمار دستورات/پیشنهاد های پزشک یا پرستار را اجرا کرده است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
بررسی آزمایش ها و داروهای بیمار			
تاریخ آخرین آزمایش ها	نتیجه آخرین FBS	نتیجه آخرین HbA1C	بیمار برای کنترل قند خون خود از داروی خاصی استفاده می کند. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
بیمار از داروی خوراکی دیابت استفاده می نماید. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام دارو (ها)			
بیمار از انسولین استفاده می نماید بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع انسولین			
سایر داروهای مورد استفاده بیمار			



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 { **دیابت** } Patient Education & Follow up Nursing Clinic

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