



کلینیک پرستاری آموزش و پیگیری بیمار (بیمار مبتلا به سرطان) 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
نوع درمان	جراحی <input type="checkbox"/>	کموترپایی <input type="checkbox"/>	راديو تراپي <input type="checkbox"/>	سایر <input type="checkbox"/>
حساسیت با ذکر نام	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	حساسیت به داروها	مواد غذایی	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"/>
دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>					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"/>

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	1401	
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- علائم 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"/>	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"/>
آنوری <input type="checkbox"/>	تنگی نفس <input type="checkbox"/>	ریزش مو <input type="checkbox"/>	مشکلات پوستی <input type="checkbox"/>	سایر <input type="checkbox"/>					

