



**Patient Education & Follow up Nursing Clinic (بیمار مبتلا به سرطان) کلینیک پرستاری آموزش و پیگیری بیمار**

**الف - اطلاعات بیمار**

نام و نام خانوادگی	نام پدر	سن (سال)	تاریخ تحریص	1401
کد ملی	فرد مصاحبه شونده:	بیمار <input type="checkbox"/> همراه/مراقب <input type="checkbox"/> مراقب بیمار <input type="checkbox"/>	نام همراه/مراقب	
وضعیت تأهل	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 بسترسی	1401	بخش بسترسی	زمان تشخیص	
نوع درمان	جراحی <input type="checkbox"/>	رادیو تراپی <input type="checkbox"/>	کوموتراپی <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 <input type="checkbox"/> 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			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"/>	
درجه زخم بستر	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ریوی <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 کراتن، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتashان 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، تخرب وسیع پوستی، نکروز بافتی در گیری عضلات، استخوان ها و ساختارهای حمایتی نظیر تاندون و یا کپسول مفاصل و سفته، 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	صرف 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	آیا دارو استفاده می کند. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		
اختلال خواب	آیا دارو استفاده می کند. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		
اختلال عملکردی	در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		
آیا اقدامی انجام داده است	نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		1401
مشکلات اقتصادی	در صورت پاسخ مثبت، زمینه مشکل	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
آیا مشاوره یا اقدام دیگری انجام داده است	نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		1401

**۵- 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"/>	بی اشتهايی <input type="checkbox"/>	مشکلات پوستی <input type="checkbox"/>	تورم اندام ها <input type="checkbox"/>	تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/>
درد <input type="checkbox"/>	سرقه <input type="checkbox"/>	اسهال <input type="checkbox"/>	غفوت <input type="checkbox"/>	بی خوابی <input type="checkbox"/>	تکرر ادرار <input type="checkbox"/>	بی اختیاری ادرار <input type="checkbox"/>	بر ادراری <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"/>				



# وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

## دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی استان ایلام

### مرکز آموزشی درمانی شهید مصطفی خمینی (رد)

## **کلینیک پرستاری آموزش و پیگیری بیمار (بیمار مبتلا به سرطان) 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 نظار آن) داشته باشد، لازم است د. اسue وقت به مکان د. مانع مراجعه کند

سه روز بعد از ترجیح  ماهی دو بار  ماهی یکبار  سایر

### ز - بررسی وضعیت خود مراقبتی پیمار

		حداقل سه علامت خطر را نام ببرید	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۱- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد
			<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۲- علایم خطر مرتب با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد
			<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۳- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد
		در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده از جعبه قرص شود	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند
		در صورت خیر، در خصوص مشاوره تنذیه چه اقدامی انجام داده است	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند
		در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و...) چه اقدامی انجام داده است	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می دارد
		در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و...) چه اقدامی انجام داده است	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می دارد
		در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و...) چه اقدامی انجام داده است	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۸- راهکارهای پیشگیری و مدیریت علایم مندرج در بخش "ه" را می دارد
		در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۹- زمان مراجعة بعدی /ویژیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می دارد
			<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۱۰- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند(حداقل ۵ مورد را نام ببرد)
		حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۱۱- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد.
		در صورت بلی، چند بار مراجعته داشته است. علت مراجعته	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۱۲- بیمار از زمان ترخیص تا کنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است
		در صورت بلی، چه مشکلی؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۱۳- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است
		چه اقدامی؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۱۴- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است
		در صورت خیر، دلایل ذکر شود	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۱۵- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفی ادامه داشته باشد
			<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۱۶- بیمار دستورات /پیشنهادهای پزشک با پرستار را اجرا کرده است

**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 تحریص تجویز شده و داروهایی که خودش بدون نسخه تهیه کرده و مصرف می کند، از جمله ویتابینین 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 باشد و روان به او داده و سپس بازخورد گرفته شود. ✓ از بیمار با مراقب وی بخواهید هر سؤالی که دارد از شما پیرس و این اطمنان را به او بدیده که شما به طور کامل پاسخگو هستید. ✓ شماره تماسی در اختیار بیمار مراقب وی قرار دهد تا بتواند سوالات خود را در زمان مناسب دیگری از شما پیرسد.