



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"/>	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <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		
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"/>	تنگی نفس <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"/>	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 { نارسایی احتقانی قلبی (CHF) } 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 (علایم 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 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- اقدامات لازم در زمانی که روی پا یا مچ پایش ورم می کند، یا وقتی که با صدای نفسش ناگهان از خواب می پرد یا هنگامی که شبها بیشتر از قبل برای ادرار بیدار می شود، را می داند. (به بیمار بگویید در هر یک از شرایط فوق باید با پزشک خود تماس بگیرد)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
10- نحوه صحیح توزین روزانه و ثبت آن را می داند	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
11- مقدار مایعات مجاز روزانه را می داند. (به بیمار بگویید که باید کمتر از 2 لیتر در روز مایعات میل کند تا میزان ورم بدنش کم و تنفسش راحت تر شود)	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- 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
14- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان میکند	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	حداقل 5 مورد را نام ببرد
15- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد.	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	حداقل 3 علامت بهبودی را نام ببرد
16- 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
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/پیشنهادهای 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.

