

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی.....
مرکز پزشکی آموزشی و درمانی.....
پرسشنامه پیگیری تلفنی بیماران مبتلا به CHF

مآونت پرستاری

نام و نام خانوادگی بیمار :	نام پدر :	سن :	تاریخ ترخیص :
کد ملی:	فرد مصاحبه شونده: بیمار <input type="checkbox"/> همراه/ مراقب بیمار <input type="checkbox"/> نام همراه/مراقب		
شماره تماس بیمار:	شماره تماس همراه/مراقب بیمار:		
محل سکونت بیمار:	منزل شخصی <input type="checkbox"/>	مراکز نگهداری <input type="checkbox"/>	منزل فرزندان <input type="checkbox"/>
سایر			
معرفی پرستار پیگیری			
سلام خانم / آقای من هستم، پرستار پیگیری بیمارستان			
اگر خاطرتان باشد زمان ترخیص شما از بیمارستان مقرر شد با شما تماس گرفته شود و شرایط شما پیگیری شود. در حال حاضر من تماس گرفته ام تا با هم درباره وضعیت بیماری شما صحبت کنیم تا در صورت نیاز به شما کمک کنم.			
آیا الان وقت دارید؟ مکالمه ما، با توجه به تعداد داروهای شما، ممکن است کمی طول بکشد.			
اگر الان وقت ندارید، زمان مناسبی را به من بگویید تا دوباره تماس بگیرم.			
بررسی وضعیت جسمی بیمار:			
اختلال حرکتی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، از کدام وسیله استفاده می کند؟ واکر <input type="checkbox"/> عصا <input type="checkbox"/> بدون حرکت <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/>			
دیابت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، میزان آخرین قند خون کنترل شده:			
فشارخون بالا: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، میزان آخرین فشارخون کنترل شده:			
تعیین توأتر پیگیری:			
هفته ای دو بار <input type="checkbox"/> هفته ای یکبار <input type="checkbox"/> ماهی دو بار <input type="checkbox"/> ماهی یکبار <input type="checkbox"/> سایر			
بررسی وضعیت خود مراقبتی بیمار: بیمار/مراقب بیمار بایستی قادر باشد که:			
۱. علائم و نشانه های مربوط به عود بیماری را نام ببرد.	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	(حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد)
۲. نام داروهای مورد استفاده را می داند.	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	(نام داروها را بگوید)
۳. زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده از جعبه قرص شود)
۴. عوارض دارویی، مربوط به داروهای خود را بیان می کند.	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	
۵. رژیم غذایی کم نمک را رعایت می کند.	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	
۶. روزانه خود را وزن کنترل می کند.	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	
۷. روزانه وزن خود را یادداشت می کند.	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	
۸. می داند چگونه و چه وقت، خود را وزن کند. (به بیمار بگویید باید هر روز صبح قبل از صبحانه با یک لباس مشخص خود را وزن کند.)	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	
۹. می داند روزانه چه مقدار مایعات میل کند. رُبه بیمار بگویید که باید کمتر از ۲ لیتر در روز مایعات میل کند تا میزان ورم بدنش کم شود و تنفسش راحت تر شود.	۱/۵ لیتر <input type="checkbox"/>	۶ لیوان <input type="checkbox"/>	۸ لیوان <input type="checkbox"/>
	۲ لیتر <input type="checkbox"/>		

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی.....
مرکز پزشکی آموزشی و درمانی.....
پرسشنامه پیگیری تلفنی بیماران مبتلا به CHF

مآونت پرستاری

<p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>	<p>۱۰. می داند زمانی که روی پا یا مچ پایش ورم می کند، یا وقتی که با صدای نفس هایش ناگهان از خواب می پرد یا هنگامی که شبها بیشتر از قبل برای ادرار کردن بیدار می شود، چه باید بکند. (به بیمار بگویید در هر یک از شرایط فوق باید با پزشک خود تماس بگیرد.)</p>
<p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>	<p>۱۱. سیگار/ الکل/ مواد مخدر مصرف می کند.</p>
<p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>	<p>۱۲. برای ترک سیگار/ الکل/ مواد مخدر مشاوره شده است.</p>
<p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>	<p>۱۳. زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می داند.</p>
<p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (حداقل ۲ اقدام را بداند)</p>	<p>۱۴. اقدامات لازم در صورت بروز علائم خطر را بیان می کند.</p>
<p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد)</p>	<p>۱۵. احساس می کند نسبت به زمان ترخیص، مشکل اصلی اش بهتر شده است.</p>
<p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است؟ علت مراجعه:</p>	<p>۱۶. از زمان ترخیص تا کنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است.</p>
<p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر در صورت بلی، چند روز بستری بوده است؟ علت بستری</p>	<p>۱۷. از زمان ترخیص تا کنون در بیمارستان بستری شده است.</p>
<p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>	<p>۱۸. بیمار دستورات/پیشنهادهاى پزشک یا پرستار را اجرا کرده است.</p>
<p>در صورت بلی، چه مشکلی؟.....</p>	<p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>۱۹. از زمان ترخیص برای بیمار مشکل تازه ای پیش آمده است.</p>
<p><input type="checkbox"/> نزد پزشک عمومی رفته است. <input type="checkbox"/> به اورژانس بیمارستان رفته است. <input type="checkbox"/> به بیمارستان دیگری رفته است. <input type="checkbox"/> با پرستار صحبت کرده است. <input type="checkbox"/> سایر موارد</p>	<p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>۲۰. در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.</p>
<p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>	<p>۲۱. علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.</p>

نکات مورد توجه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی.....
 مرکز پزشکی آموزشی و درمانی.....
 پرسشنامه پیگیری تلفنی بیماران مبتلا به CHF

معاونت پرستاری

- ✓ 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 می خورد از جمله ویتامین ها و داروهای گیاهی، در دسترس او باشد.
- ✓ در هر مورد (بررسی وضعیت جسمی/ پرسشنامه) که بیمار اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به صورت روان و راحت به او داده و سپس فیدبک گرفته شود.
- ✓ از بیمار یا مراقب وی بخواهید هر سوالی که دارد از شما بپرسد و این اطمینان را به بدهید که شما بطور کامل پاسخگو هستید.
- ✓ شماره تماسی، در اختیار بیمار/مراقب وی قرار دهید تا بتواند سوالات خود را در هر زمان از شما بپرسد.
- ✓ شروع پیگیری بیمار از سه روز پس از ترخیص تا یکسال بعد و بر اساس تواتر مشخص شده، می باشد.

تاریخ تماس	نتیجه تماس: پاسخ	علت عدم پاسخ	ساعت شروع مکالمه	ساعت پایان مکالمه	نام پرستار پیگیری	امضاء پرستار پیگیری
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					
	داد <input type="checkbox"/> نداد <input type="checkbox"/>					