

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی.....

مرکز پزشکی آموزشی و درمانی.....

پرسشنامه پیگیری تلفنی بیماران مبتلا به COPD

معاونت 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 ..... <input type="checkbox"/>			
<b>معرفی پرستار پیگیر</b>			
سلام خانم / آقای ..... من ..... ، پرستار پیگیری بیمارستان ..... هستم. 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 ... تا ... دقیقه طول بکشد. اگر الان وقت ندارید، زمان مناسبی را به من بگویید تا دوباره تماس بگیرم.			
<b>بررسی وضعیت جسمی بیمار</b>			
اختلال حرکتی:	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	در صورت پاسخ مثبت، از کدام وسیله استفاده می کند؟ <input type="checkbox"/> 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: .....
زخم بستر:	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	
<b>علائم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه</b>			
تنگی نفس شبانه <input type="checkbox"/>	طپش قلب <input type="checkbox"/>	ضعف و خستگی <input type="checkbox"/>	خواب آلودگی <input type="checkbox"/>
احساس سنگینی قفسه سینه <input type="checkbox"/>	افزایش وزن <input type="checkbox"/>	کاهش وزن <input type="checkbox"/>	
تنگی نفس هنگام استراحت <input type="checkbox"/>	تنگی نفس هنگام فعالیت <input type="checkbox"/>	ورم اندام های فوقانی و تحتانی <input type="checkbox"/>	تیره شدن لب ها و ناخن ها <input type="checkbox"/>
سرفه <input type="checkbox"/>	خلط <input type="checkbox"/>	تنفس صدادار <input type="checkbox"/>	پیوست <input type="checkbox"/>
<b>علائم حیاتی: ( در صورتی که بیمار دارای مراقب بوده یا قادر به اندازه گیری می باشد)</b>			
تعداد تنفس:	تعداد ضربان قلب:	میزان اشباع اکسیژن خون طبق پالس اکسیمتری:	
درجه حرارت:	فشارخون:		
در صورت هرگونه تغییر در وضعیت هوشیاری و بیداری، تغییر واضح در صداهای ریوی و تشدید تنگی نفس و علائم ناپایدار از مراقب بیمار بخواهید که وی را به نزدیک ترین مرکز درمانی منتقل نمایند.			
<b>تعیین تواتر پیگیری:</b>			
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 ..... <input type="checkbox"/>			
<b>بررسی وضعیت خود مراقبتی بیمار: بیمار/مراقب بیمار بایستی قادر باشد که:</b>			
۱. علائم و نشانه های مربوط به بیماری و علائم عود بیماری را نام می برد.	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	
۲. بیماری دیگری غیر از مشکل ریوی دارد که تحت کنترل پزشک است. نام می برد.	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	
۳. در مورد آزمایش اندازه گیری گازهای خون شریانی اطلاعات دارد.	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	
۴. الگوی خواب خود را توضیح می دهد.	بی خوابی <input type="checkbox"/>	بد خوابی <input type="checkbox"/>	پر خوابی در روز <input type="checkbox"/>
	خر و پف <input type="checkbox"/>	خواب خوب/معمولی <input type="checkbox"/>	
۵. از زمان ترخیص مشکل تازه ای پیش آمده است. (نام می برد)	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	
۶. احساس می کند نسبت به زمان ترخیص، مشکل اصلی بهتر شده است.	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	
۷. توضیح می دهد شرایط ریوی وی بدتر شده است.	تغییر در مقدار، رنگ، غلظت و بوی خلط، تغییر واضح صداهای تنفسی، افت میزان اشباع اکسیژن خون		
۸. از خدمات بازتوانی ریه تحت نظر فیزیوتراپ استفاده می کند.	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	

