

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

مرکز پزشکی آموزشی و درمانی.....  
پرسشنامه پیگیری تلفنی بیماران مبتلا به CVA

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.....			
<b>معرفی پرستار پیگیری</b>			
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 ... 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 تکلم:	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	اختلال شنوایی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
اختلال بلع:	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	
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"/>
اختلال ادراری و روده ای:	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	در صورت پاسخ مثبت، از کدام وسیله استفاده می کند؟ <input type="checkbox"/> سوند ادراری <input type="checkbox"/> پوشک <input type="checkbox"/> کاندوم شیت (برای آقایان) <input type="checkbox"/> هیچ کدام
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: .....
اختلال حافظه:	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	آیا دارو استفاده می کند: بلی خیر نام دارو:
زخم بستر:	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	
<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.....			
<b>بررسی وضعیت خود مراقبتی بیمار: بیمار/مراقب بیمار بایستی قادر باشد که:</b>			
۱. علائم و نشانه های مربوط به عود بیماری را نام می برد.	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	(حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد)
۲. داروهای مورد استفاده را نام می برد.	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 مناسب را می داند.	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	
۶. از خدمات توانبخشی و بازتوانی استفاده می کند.	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	در صورت بلی، چه نوع خدماتی دریافت می کند: فیزیوتراپی <input type="checkbox"/> گفتار درمانی <input type="checkbox"/> کار درمانی <input type="checkbox"/> ورزش <input type="checkbox"/> سایر موارد.....
۷. زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می داند.	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	

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

مرکز پزشکی آموزشی و درمانی.....

پرسشنامه پیگیری تلفنی بیماران مبتلا به CVA

معاونت پرستاری

بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۲ اقدام را بداند)	۸. اقدامات لازم در صورت بروز علائم خطر را بیان می کند.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد)	۹. احساس می کند نسبت به زمان ترخیص، مشکل اصلی اش بهتر شده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است؟ ..... علت مراجعه: .....	۱۰. از زمان ترخیص تا کنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چند روز بستری بوده است؟ ..... علت بستری .....	۱۱. از زمان ترخیص تا کنون در بیمارستان بستری شده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۱. بیمار دستورات/پیشنهادها ی پزشک یا پرستار را اجرا می کند.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چه مشکلی؟.....	۱۲. از زمان ترخیص برای بیمار مشکل تازه ای پیش آمده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <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	۱۳. در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۴. علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.

**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 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"/>					

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

مرکز پزشکی آموزشی و درمانی.....

پرسشنامه پیگیری تلفنی بیماران مبتلا به CVA

معاونت پرستاری

					<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	