

**پیوست ۱**  
**بیمار تحت آمپوتاسیون**

| الف. اطلاعات بیمار   |  |   |
|--|--|---|
| نام و نام خانوادگی:  | نام پدر: سن (سال): 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:   |   |
| وضعیت تاهل:  | شغل: تحصیلات: نوع بیمه:  |   |
| محل سکونت بیمار:   | منزل شخصی <input type="checkbox"/> ..... مراکز نگهداری <input type="checkbox"/> ..... منزل فرزندان <input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود)   |   |
| ب. اطلاعات بالینی  |  |   |
| تشخیص:   | تاریخ بستری: بخش بستری:  |   |
| علت آمپوتاسیون: تروما <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> اختلالات عروقی <input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود)   |  |   |
| حساسیت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> حساسیت به داروها <input type="checkbox"/> باذکر نام: ..... مواد غذایی <input type="checkbox"/> باذکر نام: ..... عوامل محیطی <input type="checkbox"/> باذکر نام: ..... سایر: .....   |  |   |
| ج. 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"/> ویلچر <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/>   |  |   |
| درد: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟  |  |   |
| در مورد این بیماری کدام اقدام را انجام داده است؟<br>۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند.<br>۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند.<br>۳- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند.<br>۴- خود درمانی انجام می دهد.<br>۵- اقدامی انجام نداده است.   | در صورت بلی، کدام بیماری؟<br>دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون:<br>فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون:<br>کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود) | بیماری مزمن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> |
| زخم بستری: دارد <input type="checkbox"/> ..... ندارد <input type="checkbox"/><br>درجه زخم بستری:<br>درجه ۱ (پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد) <input type="checkbox"/><br>درجه ۲ (تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم) <input type="checkbox"/><br>درجه ۳ (فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا) <input type="checkbox"/><br>درجه ۴ (فقدان کامل پوست، تخریب وسیع پوستی، نکروز بافتی درگیری عضلات، استخوان ها و ساختارهای حمایتی نظیر تاندون و یا کپسول مفاصل و سختی و نکروز لبه های زخم) <input type="checkbox"/> |  |   |
| د- بررسی وضعیت روانی، عملکردی و اقتصادی بیمار  |  |   |
| اختلال روانی: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل: ..... آیا دارو استفاده می کند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/><br>نام داروها: .....<br>آیا اقدام دیگری نیز انجام داده است: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود: .....  |  |   |
| 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: بلی <input type="checkbox"/> خیر <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.....   |   |
| 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.....  |   |
| <b>ه- علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه</b>  |   |
| تنگی نفس <input type="checkbox"/> ضعف <input type="checkbox"/> خستگی <input type="checkbox"/> تپش قلب <input type="checkbox"/> افزایش وزن <input type="checkbox"/> کاهش وزن <input type="checkbox"/> بی اشتها <input type="checkbox"/> بی خوابی <input type="checkbox"/> تورم اندام ها <input type="checkbox"/> درد <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/><br>بیبوست <input type="checkbox"/> بی اختیاری ادرار <input type="checkbox"/> بی اختیاری مدفوع <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> پر ادراری <input type="checkbox"/> آنوری <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> مشکلات پوستی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> عفونت <input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود) |   |
| <b>و- تواتر پیگیری</b>   |   |
| اگر بیمار عوارضی دال بر عفونت یا هرگونه مشکل در محل آمپوتاسیون شامل خونریزی، عفونت، تب و لرز، درد شدید، قرمزی و تورم ناحیه داشته باشد لازم است در اسرع وقت به مرکز درمانی مراجعه کند.  |   |
| سه روز پس از ترخیص ماهی دو بار <input type="checkbox"/> ماهی یکبار <input type="checkbox"/> سایر .....   |   |
| <b>ز- بررسی وضعیت خود مراقبتی بیمار</b>  |   |
| ۱- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ( حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد)  |
| ۲- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>   |
| ۳- داروهای خود را نام می برد.  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده از جعبه قرص شود.   |
| ۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.   | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>   |
| ۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند.  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>   |
| ۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند.  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>   |
| ۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند.  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>   |
| ۸- راهکارهای پیشگیری و مدیریت علایم مندرج در بخش "ه" را می داند.   | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>   |
| ۹- شرایط زخم اندام آمپوته شده را توضیح می دهد.   | ترشح <input type="checkbox"/> بو <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> قرمزی <input type="checkbox"/> بخیه <input type="checkbox"/> ...<br>رنگ زخم <input type="checkbox"/> ...<br>در صورت وجود مورد غیر طبیعی چه اقدامی انجام داده است ؟ |
| ۱۰- پوزیشن های مناسب بعد از آمپوتاسیون را می داند.   | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>   |
| ۱۱- زمان و نحوه تعویض پانسمان استامپ را بر اساس دستور جراح می داند.  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>   |
| ۱۲- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می داند.   | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است.   |
| ۱۳- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۵ مورد را نام ببرد)  |
| ۱۴- در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد.   | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد)  |
| ۱۵- آ از زمان ترخیص تا کنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است.  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است..... علت مراجعه.....  |
| ۱۶- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چه مشکلی؟.....   |
| ۱۷- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.   | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟  |
| ۱۸- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.   | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....   |
| ۱۹- بیمار دستورات/پیشنهادها/پزشک یا پرستار را اجرا کرده است.   | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>   |
| <b>ح- نکات مورد توجه</b>   |   |

- 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 قرار دهد.

- 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 ارایه شده 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.

- شروع پیگیری بیمار از سه روز پس از ترخیص تا یک سال بعد و بر اساس دفعات مشخص شده می باشد.

| تاریخ تماس | نتیجه تماس  | علت عدم پاسخ | ساعت شروع مکالمه | ساعت پایان مکالمه | نام پرستار پیگیری | امضا |
|------------|---|--------------|------------------|-------------------|-------------------|------|
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |
|            | موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> |              |                  |                   |                   |      |