

پیوست ۶

نارسایی احتقانی قلبی (CHF)

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:...	
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	
ب- اطلاعات بالینی		
تشخیص:	تاریخ بستری:	
بخش بستری:	زمان تشخیص:	
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"/>	
درد: دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟	
<p>در مورد این بیماری چه اقدامی انجام داده است؟</p> <p>۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند.</p> <p>۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند.</p> <p>۳- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند.</p> <p>۴- خود درمانی انجام می دهد.</p> <p>۵- اقدامی انجام نداده است.</p>	<p>در صورت بلی، چه مشکلی؟</p> <p>دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون کنترل شده:.....</p> <p>فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون کنترل شده :</p> <p>کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/></p> <p>سایر:.....</p>	<p>سایر بیماری های مزمن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p>
<p>زخم بستری: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>درجه زخم بستری:</p> <p>درجه ۱ (پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد) <input type="checkbox"/></p> <p>درجه ۲ (تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم) <input type="checkbox"/></p> <p>درجه ۳ (فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا) <input type="checkbox"/></p> <p>درجه ۴ (فقدان کامل پوست، تخریب وسیع پوستی، نکروز بافتی درگیری عضلات، استخوان ها و ساختارهای حمایتی نظیر تاندون و یا کپسول مفاصل و سفتی، سختی و نکروز لبه های زخم) <input type="checkbox"/></p>		
د- بررسی وضعیت روانی، عملکردی و اقتصادی بیمار		
<p>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"/></p> <p>نام دارو:</p> <p>آیا اقدام دیگری نیز انجام داده است. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود.....</p>		
<p>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:.....</p>		
<p>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:.....</p>		
<p>اختلال عملکردی: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:.....</p>		

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.....	
ه- علایم و نشانه‌ها در زمان تکمیل پرسشنامه	
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"/> بی‌اشتهایی <input type="checkbox"/> بی‌خوابی <input type="checkbox"/> تورم اندام‌ها <input type="checkbox"/> آسیت <input type="checkbox"/> درد <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> یبوست <input type="checkbox"/> بی‌اختیاری ادرار <input type="checkbox"/> بی‌اختیاری 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.....	
و- تواتر پیگیری	
اگر بیمار عوارضی دال بر عفونت یا هرگونه علایمی که با روش‌های 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 <input type="checkbox"/> ماهی دو بار <input type="checkbox"/> ماهی یکبار <input type="checkbox"/> سایر.....	
ز- بررسی وضعیت خود مراقبتی بیمار	
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> حداقل سه علامت خطر را نام ببرید	۱- علایم و نشانه‌های مربوط به بیماری را نام می‌برد.
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان‌ها یا داروها را نام می‌برد.
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (داروها را نام ببرد)	۳- داروهای مورد استفاده خود را نام می‌برد.
بلی <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 می‌کند.
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است.	۵- رژیم غذایی مناسب خود را می‌داند.
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است.	۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می‌داند.
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است.	۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می‌داند.
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است.	۸- راهکارهای پیشگیری و مدیریت علایم مندرج در بخش "ه" را می‌داند.
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۹- اقدامات لازم در زمانی که روی پا یا مچ پایش ورم می‌کند، یا وقتی که با صدای نفسش ناگهان از خواب می‌پرد یا هنگامی که شبها بیشتر از قبل برای ادرار کردن بیدار می‌شود، را می‌داند. (به بیمار بگویید در هر یک از شرایط فوق باید با پزشک خود تماس بگیرد).
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۰- نحوه صحیح توزین روزانه و ثبت آن را می‌داند.
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۱- مقدار مایعات مجاز روزانه را می‌داند. (به بیمار بگویید که باید کمتر از ۲ لیتر در روز مایعات میل کند تا میزان ورم بدنش کم و تنفسش راحت تر شود).
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۲- نحوه استفاده از ماسک اکسیژن و تنظیم دستگاه را در صورت ضرورت می‌داند.
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، چه اقدامی جهت یادآوری انجام داده است.	۱۳- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می‌داند.
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۵ مورد را نام ببرد)	۱۴- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می‌کند.
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد)	۱۵- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد.

بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است..... علت مراجعه:.....	۱۶- بیمار از زمان ترخیص تا کنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چه مشکلی؟.....	۱۷- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟	۱۸- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....	۱۹- بیمار علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲۰- بیمار دستورات /پیشنهادهای پزشک یا پرستار را اجرا کرده است.

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.
- ✓ 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"/>					