

**پیوست ۳**

**بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریوی (COPD)**

الف - اطلاعات بیمار		
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	سن (سال):
کد ملی:	فرد مصاحبه شونده: بیمار <input type="checkbox"/> همراه/ مراقب بیمار <input type="checkbox"/> نام همراه/مراقب:	تاریخ ترخیص:
شماره تماس بیمار:	شماره تماس همراه/ مراقب بیمار:	
وضعیت تاهل:	شغل:	تحصیلات:
محل سکونت بیمار:	منزل شخصی <input type="checkbox"/> ..... مراکز نگهداری <input type="checkbox"/> ..... منزل فرزندان <input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود)	نوع بیمه:
ب. اطلاعات بالینی		
تشخیص:	تاریخ بستری:	بخش بستری:
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 صورتی که بیمار اختلال حرکتی دارد از کدام وسیله استفاده می نماید؟ <input type="checkbox"/> 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>بیماری های مزمن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></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"/> سایر:.....</p>	<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><b>زخم بستر:</b> دارد <input type="checkbox"/> ..... ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>درجه زخم بستر:</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 سختی و نکروز لبه های زخم) <input type="checkbox"/></p>		
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"/>		
نام دارو:.....		
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 شبانه <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"/> یبوست <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"/> خواب آلودگی <input type="checkbox"/> احساس سنگینی قفسه سینه <input type="checkbox"/> تنگی نفس هنگام استراحت: <input type="checkbox"/> تنگی نفس هنگام فعالیت: <input type="checkbox"/> تیره شدن لب ها و ناخن ها <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> خلط <input type="checkbox"/> تنفس صدا دار <input type="checkbox"/> سایر.....	
<b>و- تواتر پیگیری</b>	
اگر بیمار عوارضی دال بر عفونت یا هرگونه علایمی که با روش های توصیه شده معمول قابل مدیریت نباشد (نظیر علایم حاد قلبی تنفسی، اختلال هوشیاری، 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.....	
<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"/> (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد)
۳- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (نام داروها را بگوید)
۴- 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)
۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است.
۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند.	بله <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 می داند.	بله <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 می داند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است.
۹- 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.
۱۰- 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)
۱۱- نحوه استفاده از ماسک و تنظیم دستگاه را در صورت ضرورت می داند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۲- اصول ایمنی هنگام استفاده از اکسیژن را می داند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۰- بیمار از خدمات بازتوانی ریه تحت نظر فیزیوتراپ استفاده می کند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۱- بیمار از دستگاه تهویه غیر تهاجمی استفاده می کند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع دستگاه تهویه غیر تهاجمی:
۱۹- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد)
۲۰- بیمار از زمان ترخیص تا کنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مراجعه به اورژانس بیمارستان، چند بار مراجعه داشته است؟..... علت مراجعه به اورژانس بیمارستان
۲۱- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بروز مشکل جدید، چه مشکلی پیش آمده است.....

بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟	۲۲- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....	۲۳- بیمار علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲۴- بیمار دستورات/ پیشنهادهای پزشک یا پرستار را اجرا کرده است.
<b>نکات مورد توجه</b>	
<p>✓ 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.</p> <p>✓ 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.</p> <p>✓ 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.</p> <p>✓ شماره تماسی در اختیار بیمار/مراقب وی قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در زمان مناسب دیگری از شما بپرسد.</p> <p>✓ شروع پیگیری بیمار از سه روز پس از ترخیص تا یک سال بعد و بر اساس دفعات مشخص شده می باشد.</p>	

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"/>					