

**بیمار دچار سکته مغزی (CVA)**

<b>الف-اطلاعات بیمار</b>		
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:	
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:
<b>ب. اطلاعات بالینی</b>		
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.....	
<b>ج- بررسی وضعیت جسمی بیمار</b>		
اختلال حرکتی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورتی که بیمار اختلال حرکتی دارد از کدام وسیله استفاده می نماید؟ 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؟		
بیماری های مزمن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	در صورت بلی، چه مشکلی؟ دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون کنترل شده:..... فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون کنترل شده : ..... کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/> سایر:.....	در مورد این بیماری چه اقدامی انجام داده است؟ ۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند. ۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند. ۳- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند. ۴- خود درمانی انجام می دهد. ۵- اقدامی انجام نداده است.
<b>زخم بستر:</b> دارد <input type="checkbox"/> ..... ندارد <input type="checkbox"/>		
درجه زخم بستر: درجه ۱ (پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد) <input type="checkbox"/> درجه ۲ (تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم) <input type="checkbox"/> درجه ۳ (فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا) <input type="checkbox"/> 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"/>		
<b>د- بررسی وضعیت روانی، عملکردی و اقتصادی بیمار</b>		
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  خیر  در صورت پاسخ مثبت، زمینه مشکل: ..... آیا مشاوره یا اقدام دیگری انجام داده است بلی  خیر  نوع، تاریخ و نتیجه اقدام ذکر شود.....

**ه- علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه**

اختلال تکلم  اختلال شنوایی  اختلال بلع  اختلال ادراری و روده ای:  اسهال  یبوست  بی اختیاری ادرار  بی اختیاری مدفوع  تکرر ادرار  پدیدار ادراری  آنوری  تنگی نفس  ضعف  خستگی  تپش قلب  افزایش وزن  کاهش وزن  بی اشتها  بی خوابی  تورم اندام ها  درد  سرفه  تب  مشکلات پوستی  تهوع و استفراغ  عفونت  سایر.....

**و- تواتر پیگیری**

اگر بیمار عوارضی دال بر عفونت یا هرگونه علایمی که با روش های توصیه شده معمول قابل مدیریت نباشد (نظیر ناپایداری علایم حیاتی، 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  ماهی دو بار  ماهی یکبار  سایر.....

**ز- بررسی وضعیت خود مراقبتی بیمار**

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- بیمار از خدمات توانبخشی و بازتوانی استفاده می کند؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۲- در صورت استفاده از خدمات توانبخشی و بازتوانی از چه نوع خدماتی استفاده می کند؟	فیزیوتراپی <input type="checkbox"/> گفتار درمانی <input type="checkbox"/> کاردرمانی <input type="checkbox"/> ورزش <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>
۱۳- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد)
۱۴- بیمار از زمان ترخیص تاکنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مراجعه به اورژانس چند بار مراجعه کرده است:..... علت مراجعه به اورژانس بیمارستان
۱۵- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چه مشکلی؟.....
۱۶- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟
۱۷- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....

۱۸- بیمار دستورات/ پیشنهادهای پزشک یا پرستار را اجرا کرده است.

بله  خیر

**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"/>					