

## پیوست ۵

### دیابت

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.....
نوع دیابت	دیابت بارداری <input type="checkbox"/> نوع ۱ <input type="checkbox"/> نوع ۲ <input type="checkbox"/>
مدت زمان ابتلا به دیابت ماه/ سال	
ج- بررسی وضعیت جسمی بیمار	
اختلال حرکتی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد.....	
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؟	
در صورت بلی، چه مشکلی؟ فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون کنترل شده : ..... کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی/ عروقی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/> نفروپاتی <input type="checkbox"/> حملات قلبی <input type="checkbox"/> سکته مغزی <input type="checkbox"/> سایر:.....	بیماری های مزمن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> 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 بستری:</b> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> درجه زخم بستری: 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"/>	
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 <input type="checkbox"/> ضعف <input type="checkbox"/> خستگی <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"/> الیگوری <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"/> بی حسی اندام ها <input type="checkbox"/> اختلال بینایی <input type="checkbox"/> سایر..... عوارض دیررس دیابت: نوروپاتی (بی حسی، کرختی، التهاب یا زخم در پاها) <input type="checkbox"/> رتینوپاتی <input type="checkbox"/> زخم پای دیابتی <input type="checkbox"/> اختلال حرکتی <input type="checkbox"/> نوروپاتی <input type="checkbox"/>
<b>و- توانر پیگیری</b>	
	اگر بیمار عوارضی دال بر عفونت یا هرگونه علایمی که با روش های توصیه شده معمول قابل مدیریت نباشد (نظیر علایم هایپرگلیسمی و هایپوگلیسمی، اختلالات 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.....
<b>ز- بررسی وضعیت خود مراقبتی بیمار</b>	
	۱- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد) ۳- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (نام داروها را بگوید) ۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است. ۹- نحوه صحیح توزین روزانه و ثبت آن را می داند. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۱۰- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/کلینیک دیابت/مطب پزشک مربوطه را می داند. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است. ۱۱- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۵ مورد را نام ببرد) ۱۲- علایم افت قند خون (بی حالی، ضعف، عرق کردن، لرزش، خواب آلودگی) را می داند. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> طی هفته گذشته افت قند خون داشته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> زمان بروز افت قند خون (جهت بررسی از نظر اینکه افت قند خون به علت داروی مصرفی بوده است یا خیر؟) ۱۳- در صورت مصرف انسولین نکات مراقبتی مرتبط (روش نگهداری، تزریق، زمان استفاده، عوارض، روش های پیشگیری از هایپوگلیسمی و لیپودستروفی ناشی از آن) را می داند. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۱۴- خودپایشی قند خون را انجام داده و ثبت می نماید (توصیه اکید به انجام آن در راستای پیشگیری از عوارض حاد و مزمن بیماری و تنظیم و کاهش دوز داروها شود).
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۱۵- بیمار از زمان ترخیص تا کنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده یا بستری شده است. مراجعه: ..... در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است..... علت
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۱۶- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد. (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد)
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۱۷- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است. نام ببرید
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۱۸- در مورد مشکل جدید، اقدامی انجام داده است. چه اقدامی؟
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۱۹- بیمار علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد. در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۲۰- بیمار دستورات /پیشنهادهای پزشک یا پرستار را اجرا کرده است.
بررسی آزمایش ها و داروهای بیمار		
✓ تاریخ آخرین آزمایش ها شامل FBS و HbA1C		
✓ نتیجه آخرین FBS		
✓ نتیجه آخرین HbA1C		
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	بیمار برای کنترل قند خون خود از داروی خاصی استفاده می کند.
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	بیمار از داروی خوراکی دیابت استفاده می نماید. نام دارو (ها):
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	بیمار از انسولین استفاده می نماید.
سایر داروهای مورد استفاده بیمار		

امضا	نام پرستار پیگیری	ساعت پایان مکالمه	ساعت شروع مکالمه	علت عدم پاسخ	نتیجه تماس	تاریخ تماس
					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"/>	