

پیوست ۱۶- پرسشنامه آموزش و پیگیری پس از ترخیص بیمار حادثه دیده در بحران

الف-اطلاعات بیمار		
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	سن (سال):
نوع بحران: سیل ☐ زلزله ☐ جنگ تحمیلی ☐	سایر نام ببرید	تاریخ حادثه:
کد ملی:	فرد مصاحبه شونده: بیمار ☐ همراه/ مراقب بیمار ☐ نام همراه/ مراقب:...	
وضعیت تاهل: متاهل ☐ مجرد ☐	شغل:	میزان تحصیلات:
شماره تماس:	شماره تماس همراه/ مراقب بیمار:	
محل سکونت بیمار:	منزل شخصی ☐ مراکز نگهداری ☐ منزل فرزندان ☐	سایر
آدرس:		
ب- اطلاعات بالینی		
تشخیص بیماری:	تاریخ بستری:	
بخش بستری:	تعداد روزهای بستری در بیمارستان :	
حساسیت : دارد ☐ ندارد ☐	حساسیت به داروها ☐ باذکر نام:.....	مواد غذایی ☐ باذکر نام:.....
عوامل محیطی ☐ باذکر نام:.....	سایر	
ج- بررسی وضعیت جسمی بیمار		
اختلال حرکتی: دارد ☐ ندارد ☐	در صورت پاسخ مثبت، از کدام وسیله استفاده می کند؟ واکر ☐ عصا ☐ ویلچر ☐	
درد: دارد ☐	در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟	
بیماری های مزمن: دارد ☐ ندارد ☐	در صورت بلی، چه مشکلی؟	
	فشارخون ☐ میزان آخرین فشارخون کنترل شده :..... کلیوی ☐ قلبی/ عروقی ☐ ریوی ☐ نفروپاتی ☐ حملات قلبی ☐ سکنه مغزی ☐ سایر:.....	
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.		
زخم بستری: دارد ☐ ندارد ☐ درجه بندی: ۱-۲-۳-۴ غیر قابل ارزیابی		
د- بررسی وضعیت روانی، اجتماعی- خانوادگی		
اختلال روانی: دارد ☐ ندارد ☐ آیا دچار PTSD شده است؟ بلی ☐ خیر ☐ آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐		
در صورت پاسخ بلی، نام دارو / داروها را بنویسید:		
وضعیت سلامتی خانواده: سالم ☐ مجروح ☐ فوت شده ☐ بی اطلاع ☐		
در صورت مثبت بودن مورد دوم به بعد، چه اقدامی انجام دادید، توضیح دهید		
اختلال حافظه: دارد ☐ ندارد ☐ آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐ نام دارو:.....		
اختلال خواب: دارد ☐ ندارد ☐ آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐ نام دارو:.....		
ه- علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه		
تنگی نفس ☐ ضعف ☐ خستگی ☐ افزایش وزن ☐ کاهش وزن ☐ بی اشتها ☐ بی خوابی ☐ تورم اندام ها ☐ درد ☐ سرفه ☐ اسهال ☐ یبوست ☐ بی اختیاری ادرار ☐ بی اختیاری مدفوع ☐ تکرر ادرار ☐ پر ادراری ☐ الیگوری ☐ آنوری ☐ تب ☐ مشکلات پوستی ☐ تهوع و استفراغ ☐ عفونت ☐ بی حسی اندام ها ☐ اختلال بینایی ☐ نوع آسیب (جسمی، روانی، ترکیبی): ناحیه آسیب دیده (سر، اندام، ستون فقرات، ...): بیمار دچار ناتوانی دایمی شده است؟ بلی ☐ خیر ☐		
اقدامات اورژانسی انجام شده: عمل جراحی انجام شده: نوع خدمات اورژانسی انجام شده:		
و- عوارض ثانویه و هشدارها		
عفونت محل زخم ☐ خونریزی ☐ درد خیالی (Phantom Pain) ☐ مشکلات روانی جدید ☐ اولسر پپتیک ☐ عدم همکاری در پیگیری درمان ☐		

پیوست ۱۶- پرسشنامه آموزش و پیگیری پس از ترخیص بیمار حادثه دیده در بحران

ز- توانر پیگیری	
طی سه روز بعد از ترخیص ☐ هر هفته یکبار ☐ هر دو هفته یکبار ☐ ماهی یکبار ☐ سایر.....	
ح- بررسی وضعیت عمومی و خود مراقبتی بیمار (این قسمت در هر بار پیگیری تلفنی پرسیده شود)	
۱- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۳ علامت را نام ببرد).
۲- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐
۳- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا را نام می برد.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد).
۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند.	بله ☐ خیر ☐ (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده صحیح و طبق دستور پزشک و استفاده از جعبه قرص شود).
۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است؟
۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟ پیاده روی- یوگا- شنا- دو
۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند (در صورت وجود درد).	بله ☐ خیر ☐ 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 ☐ خیر ☐ در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و....) چه اقدامی انجام داده است؟
۹- نحوه توزین صحیح و ثبت آن را می داند.	بله ☐ خیر ☐
۱۰- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/کلینیک/مطب پزشک مربوطه را می داند.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است.....
۱۱- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۵ مورد را نام ببرد).
۱۲- علایم افت قند خون (بی حالی، ضعف، عرق کردن، لرزش، خواب آلودگی) را می داند.	بله ☐ خیر ☐
۱۳- در صورت مصرف انسولین نکات مراقبتی مرتبط (روش نگهداری، تزریق، زمان استفاده، عوارض، روش های پیشگیری از هایپوگلیسمی و لیپودیستروفی ناشی از آن) را می داند.	بله ☐ خیر ☐
۱۴- آیا نیاز به خدمات توان بخشی دارد؟	بله ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ بلی، کدام نوع خدمات توانبخشی، نام ببرید.....
۱۵- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با بیماری به اورژانس مراجعه کرده است.	بله ☐ خیر ☐ در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است؟..... علت مراجعه:..... عوارض ناشی از مصرف داروها سایر
۱۶- در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد).
۱۷- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.	بله ☐ خیر ☐ نام ببرید.
۱۸- آیا در مورد مشکل جدید، اقدامی انجام داده است.	بله ☐ خیر ☐ چه اقدامی؟
۱۹- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است.	بله ☐ خیر ☐

پیوست ۱۶- پرسشنامه آموزش و پیگیری پس از ترخیص بیمار حادثه دیده در بحران

۲۰- بیمار علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....					
۲۱- بیمار دستورات / پیشنهادهای قبلی مشاوره تلفنی را اجرا کرده است.	بله ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ خیر، دلایل ذکر شود.....					
۲۲- مراقبت های مربوط به آسیب وارده را می داند.	بله ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ خیر، چه اقدامی انجام داده اید					
۲۳- آیا بیمار اقدامات پاراکلینیک معوق دارد.	بله ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ بله، نتایج کدام خدمات پاراکلینیک معوق مانده است؟ آزمایشات بالینی ☐ پاتولوژی ☐ سونوگرافی ☐ MRI ☐ CT Scan ☐ یا سایر نام ببرید.					
۲۴- آیا بیمار از نتایج خدمات پاراکلینیک خود مطلع است.	بله ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ خیر، نتایج پیگیری و به اطلاع بیمار رسانده شود یا توصیه اکید به تهیه نتایج شود.					
۲۵- آیا نتایج خدمات پاراکلینیک نیاز به پیگیری و یا اقدامی دارد.	بله ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ بله، چه اقدامی انجام شده است. نام ببرید.....					
ط- ارزیابی						
نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطه: دارو ☐ فعالیت ☐ علایم هشدار دهنده ☐ خودمراقبتی ☐						
ی- نتایج پیگیری						
آیا پیگیری در زمان مشخص شده، خاتمه و پرونده بسته شد. بله ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ بله، تاریخ اتمام پیگیری علت اتمام پیگیری : رسیدن به خود مراقبتی لازم ☐ بستری مجدد در همین بیمارستان یا بیمارستان دیگر ☐ نام و تخصص بیمارستان مذکور، ذکر شود..... فوت بیمار ☐ تاریخ فوت بیمار علت فوت بیمار در صورت پاسخ خیر، علت ادامه پیگیری را ذکر کنید						
مدت زمان انجام پیگیری						
مدت زمانی که بیمار پیگیری شده است یکماه ☐ دو ماه ☐ سه ماه ☐ چهار ماه ☐ شش ماه ☐ یکسال ☐ سایر نام ببرید.						
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 می خورد از جمله ویتامین ها و داروهای گیاهی، در دسترس او باشد. - در هر مورد (بررسی وضعیت جسمی/ پرسشنامه) که بیمار اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به صورت روان و راحت 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 بطور کامل پاسخگو هستید. - شماره تماسی در اختیار بیمار/مراقب وی قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در هر زمان از شما بپرسد. - شروع پیگیری بیمار طی سه روز اول پس از ترخیص و بر اساس تواتر مشخص شده، حداکثر تا یکسال می باشد. - اگر بیمار هرگونه علایمی که با روش های توصیه شده معمول قابل مدیریت نباشد را داشته باشد؛ لازم است در اسرع وقت به مرکز درمانی مراجعه کند.						
تاریخ تماس	نتیجه تماس	علت عدم پاسخ	ساعت شروع مکالمه	ساعت پایان مکالمه	نام پرستار پیگیری	امضا
	موفق ☐ ناموفق ☐					
	موفق ☐ ناموفق ☐					
	موفق ☐ ناموفق ☐					
	موفق ☐ ناموفق ☐					
	موفق ☐ ناموفق ☐					