

به نام خدا

## دستورالعمل اجرایی کلینیک های پرستاری آموزش و پیگیری بیمار

معاونت پرستاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
دفتر ارتقای سلامت و خدمات پرستاری

بهار 1401

## مقدمه

یکی از چالش‌های نظام‌های سلامت در سراسر جهان، افزایش بار ناشی از سالمندی، بیماری‌های مزمن و غیرواگیر و صعب‌العلاج است که به دلایلی نظیر افزایش طول عمر، تغییر سبک زندگی مردم همراه با افزایش مواجهه با بسیاری از عوامل خطر ایجاد گردیده‌اند. بیماری‌های قلبی عروقی، بیماری‌های مزمن ریوی، سکتته و دیابت نوع 2، علل اصلی مرگ و میر و ناتوانی در جهان و ایران را تشکیل می‌دهند که انتظار می‌رود با گسترش شهرنشینی و شیوه زندگی صنعتی و نیز تغییر هرم سنی و پیر شدن جمعیت، در آینده‌ای نزدیک بر شیوع این بیماری‌ها افزوده گردد. با عنایت به پیامدهای ابتلا به بیماری‌های مزمن و تبعات و چالش‌های ناشی از آن، توجه به مدیریت مؤثر این بیماری‌ها ضرورت دارد که یکی از مهم‌ترین این راهبردها، آموزش به بیمار و خانواده و پیگیری بیماران مبتلا تلقی می‌گردد.

از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج پس از ترخیص، عدم تبعیت از درمان (عدم اجرای صحیح رژیم دارویی و رژیم غذایی، عدم پیگیری درمان)، سواد سلامت پایین، عدم مشارکت مراقبین خانگی در مراقبت از بیمار، نارسایی نظام پیگیری پس از ترخیص (قطع ارتباط کادر درمان با بیمار، ضعف نظارت بر فرآیند ترخیص)، انگیزه ناکافی جهت تداوم درمان (ناامیدی بیمار جهت ادامه درمان، فرسودگی خانواده به دلیل مراقبت از بیمار مزمن، از دست دادن انگیزه به دلیل ماهیت مزمن بیماری و ماهیت پیچیده بیماری مزمن (وجود هم‌زمان چند بیماری یا عارضه، ماهیت پیش‌رونده بیماری، می‌باشد. لذا رفع چالش‌های مذکور به ویژه آموزش بیمار و خانواده در خصوص نحوه مدیریت بیماری در منزل و خودمدیریتی از یک سو و پیگیری بیماران پس از ترخیص از بیمارستان جهت پایش اثربخشی آموزش و مراقبت‌های ارایه شده، حصول اطمینان از تبعیت بیمار از دستورات توصیه شده، پاسخ به سؤالات و نیازهای احتمالی وی در راستای پیشگیری از مشکلات و بستری شدن‌های مجدد و مراجعات به اورژانس از سوی دیگر، ضرورت ایجاد ساز و کاری به منظور آموزش به بیمار و پیگیری وی پس از ترخیص را مطرح می‌نماید.

در پاسخ به این نیاز درک شده و بر اساس تحلیل اسناد بالادستی، برنامه ششم توسعه، تحقق رویکرد سلامت جامع نگر و ارتقای کیفیت زندگی، تدوین برنامه‌های ملی و نیز لزوم افزایش هزینه اثربخشی مراقبت‌ها و کاهش بار هزینه‌های سلامت در قانون برنامه پنجم توسعه و اولویت برنامه‌های معاونت‌های پرستاری، درمان و بهداشت و همچنین افزایش اثر بخشی مراقبت‌های پرستاری در بالین، تاسیس "کلینیک پرستاری آموزش و پیگیری بیمار" به عنوان یکی از برنامه‌های معاونت پرستاری در نظر گرفته شده که دستورالعمل اجرایی این کلینیک‌ها با تأکید بر نقش اصلی ارایه‌دهندگان خدمات سلامت در برنامه ریزی، اولویت بندی و اجرای برنامه‌های آموزش و پیگیری بیمار به شرح ذیل ابلاغ می‌شود.

شایان ذکر است برنامه "پرستار پیگیری" که طی دستورالعمل شماره 139/642/د مورخ 1400/5/12 جهت اجرا به دانشگاه‌های علوم پزشکی منتخب ابلاغ گردیده بود، با دستورالعمل اجرایی این کلینیک، ادغام گردیده است.

## 1- تعاریف

1-1- وزارت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

1-2- معاونت: معاونت پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

1-3- دانشگاه/ دانشکده: دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی

1-4- کلینیک پرستاری آموزش و پیگیری بیمار: به واحدی مستقر در بیمارستان اطلاق می شود که طبق این دستورالعمل جهت انجام پیگیری و ارایه آموزش های خود مدیریتی و بر اساس نیازهای آموزشی و مراقبتی گیرندگان خدمت مطابق با شرح وظایف و اختیارات تعیین شده پرستاران دایر می گردد و از این پس در این دستورالعمل به عنوان کلینیک به آن اشاره می شود.

1-5- پرستار: پرستار به فردی اطلاق می شود که دوره آموزش پرستاری (کارشناسی، کارشناسی ارشد یا دکترا) را طبق ضوابط و برنامه های آموزشی شورای عالی برنامه ریزی آموزش عالی در یکی از دانشکده های مصوب شورای گسترش دانشگاه ها و یا دانشکده های معتبر داخل و یا خارج از کشور طی نموده و مدرک تحصیلی او به تأیید اداره کل فارغ التحصیلان وزارت متبوع رسیده باشد.

1-6- گیرندگان خدمت: منظور از گیرندگان خدمت، بیماران ترخیص شده از بخش های بستری بیمارستان و بیماران سرپایی مراجعه کننده به درمانگاه های سرپایی و خانواده/ همراهان آنها هستند که جهت دریافت هر گونه خدمات مشاوره ای و آموزشی به کلینیک مراجعه می کنند.

1-7- آموزش به بیمار: آموزش به بیمار در برگزیده فعالیت های نظام مند و از قبل برنامه ریزی شده آموزشی در جهت آموزش رفتارهای مرتبط با سلامت در راستای دستیابی به حداکثر سلامتی و کسب استقلال در خودمراقبتی در بیماران و خانواده آنهاست که شامل آموزش های مرتبط با پیشگیری، ارتقای سلامت، فرآیندهای درمانی، توان بخشی و مراقبت تسکینی بوده و به منظور کمک به بیمار جهت تصمیم گیری آگاهانه در مورد مراقبت از خود و کسب مهارت خودمدیریتی و سایر پیامد های مثبت سلامتی صورت می گیرد.

1-8- خود مدیریتی: فعالیت هایی که موجب پیشگیری و ارتقای سلامت افراد شده و علایم و نشانه های بیماری را کنترل و درمان می کنند و افراد را به اتخاذ روش هایی که بر تبعیت از رژیم مراقبتی درمانی و کلیه پیامدهای سلامت اثر می گذارند، ترغیب می نمایند.

1-9- پیگیری بیمار: منظور، پیگیری بیماران مبتلا به بیماری های مزمن ترخیص شده از بخش های بستری بیمارستان یا مراجعه کننده به کلینیک های سلامت و سالمندی/ دیابت/ فشارخون/ NCD و سرطان و یا هر بیماری است که بر اساس نظر و سیاست مدیر پرستاری بیمارستان و یا نظر پزشکان معالج، نیاز به آموزش و پیگیری دارد. فرآیند پیگیری، با مشارکت تیم مراقبتی تخصصی، از هنگام مراجعه/ ترخیص آغاز و تا پس از ترخیص از بیمارستان/ کلینیک های مذکور، طراحی، اجرا و ارزشیابی می شود.

10-1- **بیماری مزمن/ صعب‌العلاج:** بیماری طولانی مدتی است که تغییرات جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی در بیمار و خانواده ایجاد و کارکرد های آن‌ها را محدود می‌کند. دوره درمان این گروه از بیماری‌ها طولانی و مراحل بهبود آن دشوار می‌باشد و معمولاً درمان قطعی برای آن وجود ندارد.

11-1- **مراکز درمانی و مراقبتی:** کلیه مراکز تحت پوشش دانشگاه/ دانشکده اعم از دولتی، خصوصی و غیر دولتی (شامل بیمارستان‌های سازمان تامین اجتماعی، نفت، نیروهای مسلح، بانک ملی و دادگستری) می‌باشد که به بیماران و گیرندگان خدمت سرپایی و بستری، خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی ارائه می‌نماید.

### 2- هدف کلی

هدف از تاسیس این کلینیک‌ها، ارتقای سطح سلامت، پیشگیری در سطوح مختلف و بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت در جهت دستیابی به بالاترین سطح سلامتی ممکن و استقلال در خود مراقبتی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان و خانواده آن‌ها می‌باشد.

### 3- مسئول کلینیک

این کلینیک زیر نظر مدیر خدمات پرستاری بیمارستان (مترون) اداره شده و مسؤلیت آن بر عهده سوپروایزر آموزش سلامت/ آموزشی می‌باشد.

تبصره ۱: بیمارستان‌های آموزشی می‌توانند از ظرفیت اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری به عنوان مسئول کلینیک استفاده کنند.

تبصره ۲: فعالیت‌های این کلینیک، قابل برون سپاری به مراکز مشاوره و ارایه مراقبت پرستاری در منزل طرف قرارداد بیمارستان بوده و نظارت بر حسن اجرای آن، بر عهده سوپروایزر آموزش سلامت/ آموزشی در قالب اخذ گزارش‌های ادواری و بازدیدهای موردی می‌باشد.

### 4- شرح وظایف مسئول کلینیک

- هماهنگی با ریاست بیمارستان جهت تامین فضای فیزیکی مناسب و تجهیزات و بودجه برای شروع و تداوم فعالیت کلینیک
- نظارت بر ارجاع مناسب بیماران به کلینیک
- ارزیابی و انتخاب پرستاران واجد شرایط جهت فعالیت در کلینیک
- تهیه و تنظیم برنامه کاری کلینیک و نظارت بر حسن انجام آن
- نظارت بر عملکرد کارکنان شاغل در کلینیک
- نظارت بر تهیه محتوا و استفاده از ابزارهای کمک آموزشی مناسب
- ارزشیابی و ارایه نتایج پایش شاخص‌های اثربخشی کلینیک به مبادی ذیربط و تعیین اقدامات اصلاحی مناسب
- نظارت بر پیگیری پس از ترخیص بیماران واجد شرایط

- حضور مستمر و فعال در شیفت کاری

#### ۵- شرایط احراز پرستار کلینیک

- مدرک کارشناسی پرستاری و بالاتر

تبصره: در صورت وجود پرستار با مدرک کارشناس ارشد بهداشت جامعه در بیمارستان، اولویت بکارگیری این نیروها در کلینیک مدنظر می باشد.

- حداقل دو سال سابقه کار بالینی

- داشتن پروانه صلاحیت حرفه ای

- گذراندن دوره های آموزشی ضمن خدمت / کوتاه مدت در زمینه آموزش به بیمار و خانواده (ارتباط مؤثر، طراحی برنامه آموزشی، مراقبت تسکینی، مراقبت در منزل و دوره های آموزشی مرتبط با پرستاری بیماری های غیرواگیر)  
تبصره: در صورتی که دانشجویان تحصیلات تکمیلی پرستاری حایز شرایط فوق باشد می توانند زیر نظر مسئول کلینیک و با هماهنگی عضو هیئت علمی پرستاری انجام وظیفه نمایند.

#### ۶- شرح وظایف پرستار کلینیک

##### الف- آموزش به بیمار و خانواده

- بررسی و نیازسنجی نیاز های آموزشی بیمار و خانواده

- تعیین و ثبت اولویت های آموزشی بیمار و خانواده

- برنامه ریزی برای جلسات گروهی آموزشی

- مشارکت در گردآوری، تدوین و به کارگیری محتواها و مواد آموزشی

- ارزشیابی اثربخشی آموزش های ارائه شده به بیمار و خانواده

- مشاوره با پرستاران تخصصی یا پزشک برای ارائه آموزش های تخصصی در صورت نیاز

- ارائه گزارش عملکرد کلینیک به مسئول کلینیک

##### ب- پیگیری بیماران

- پیگیری تلفنی جهت بررسی و ارزیابی بیمار از نظر اثربخشی آموزش های ارائه شده و نیازهای پس از ترخیص

- هماهنگی جهت ارجاع بیمار به مراکز مراقبت در منزل و یا مراقبت طولانی مدت

تبصره: مسؤولیت آموزش محتوای آموزشی ارائه شده به بیمار/ خانواده در زمان بستری بر عهده پرستار مراقب در بخش است.

#### ۷- زیرساخت های لازم جهت کلینیک

##### ۷-۱. فضای فیزیکی استاندارد کلینیک

- حداقل تعداد اتاق برای تاسیس کلینیک شامل یک اتاق به متراژ حداقل ۱۸ متر مربع می باشد.

- فضای کلینیک باید مختص آموزش به بیمار باشد. وجود محلی برای انتظار بیماران و همراهان ضروری است.

- نصب بنر با ذکر نام کلینیک در ورودی های بیمارستان و درمانگاه و نصب تابلوی کلینیک الزامی است.

### ۲-۷. نیروی انسانی مورد نیاز کلینیک

حداقل پرسنل مورد نیاز کلینیک یک نفر پرستار واجد شرایط شرایط بند ۶ است.

محاسبه نیرو بر اساس موارد زیر انجام می شود:

در بیمارستان هایی که تعداد ترخیصی ماهانه آنها در بیماری مورد نظر بین ۵۰ تا ۱۰۰ نفر باشد، یک پرستار در نظر گرفته شده و پس از آن، به ازای هر ۱۰۰ نفر ترخیصی در ماه، یک تا دو نفر نیرو به واحد اضافه می شود.

تبصره ۱: حسب نیاز، پرستار کلینیک می تواند طی انجام هماهنگی های قبلی، بیماران را به واحدهای تغذیه، مددکاری، مشاوره روانشناختی و پزشک متخصص و هر واحد مرتبط دیگری در آن بیمارستان ارجاع دهد.

تبصره ۲: در صورت وجود کارشناس ارشد روان پرستاری، جهت مشاوره روان بیماران از این پرستاران استفاده شود.

تبصره ۳: صدور ابلاغ برای پرستار کلینیک به پیشنهاد سوپروایزر آموزش سلامت/آموزشی و با امضای مدیر خدمات پرستاری بیمارستان (مترون) انجام می شود.

### ۳-۷. تجهیزات و امکانات آموزشی و کمک آموزشی

- حداقل تجهیزات مورد نیاز کلینیک شامل یک دستگاه کامپیوتر با تجهیزات جانبی، خط تلفن آزاد جهت پیگیری بیماران و اختصاص اینترنت جهت ارتباط با بیماران از طریق فضای مجازی است.

- تجهیزات اداری و آموزشی، ابزارهای کمک آموزشی و رسانه های آموزشی فراهم شود.

تبصره: جهت برگزاری جلسات گروهی آموزش به بیمار، کلاس یا سالن کنفرانس در نظر گرفته شود.

### ۸- فرآیند ارائه خدمت (گام های اجرایی) در کلینیک

#### الف - آموزش به بیمار

۱- بیمار پس از انجام مراحل ترخیص از بخش بستری و تکمیل آموزش های لازم و تخصصی که از بدو بستری در بخش توسط پرستار مراقب و پزشک خود دریافت کرده، توسط سرپرستار مربوطه به کلینیک ارجاع داده می شود.

تبصره: ارجاع بیمار به کلینیک با استفاده از فرم ارجاع از بخش های بستری، فرم ارجاع پزشک درمانگاه و یا مراجعه مستقیم می باشد.

۲- در فرم ارجاع پزشک باید خلاصه ای از درمان های انجام شده، دستورات پزشک و نیازهای آموزشی بیمار که توسط پزشک شناسایی شده قید گردد.

تبصره: حداقل اطلاعات مندرج در خلاصه پرونده بیمار شامل: شکایت اصلی بیمار، علت پذیرش/ بستری، تشخیص اولیه و نهایی، اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایش ها و پاراکلینیک، فهرستی از خدمات ارائه شده، داروها و نحوه انتقال بیمار و سیر بیماری، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه های پس از ترخیص و نحوه انتقال بیمار می باشد.

۳- اطلاعات بیماران مراجعه کننده به کلینیک در فرم های مربوطه، بسته به شرایط در HIS یا دستی ثبت می گردد.

۴- پرونده آموزشی بیماران مراجعه کننده به کلینیک به صورت دستی/ الکترونیک تکمیل می گردد.

تبصره: پرونده بیماران مراجعه کننده به کلینیک به صورت الکترونیک تشکیل شده و شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی، نیازسنجی آموزش به بیمار، عناوین اصلی آموزش داده شده، ارزشیابی یادگیری، پیگیری بیمار، مواد آموزشی ارائه شده به بیمار و ارجاع بیمار به سایر مراکز (در صورت نیاز) می باشد.

5- برنامه مدون آموزشی جهت تشخیص های شایع مراجعه کننده به کلینیک توسط پرستار کلینیک اجرا می گردد.  
تبصره: تعیین اثربخشی فعالیت های کلینیک پرستاری آموزش و پیگیری بیمار، با مشارکت واحد بهبود کیفیت، واحد آمار و برنامه ریزی و روابط عمومی بیمارستان انجام می شود.

### ب- پیگیری بیماران

1- مشمولین دریافت خدمات پیگیری شامل افراد مبتلا به بیماری های مزمن / صعب العلاج شامل CHF, CVA, COPD، دیابت، سرطان و آمپوتاسیون معرفی شده از بخش های بستری بوده و سایر مدجویان، صرفاً جهت دریافت آموزش می توانند به صورت مستقیم به این کلینیک مراجعه نمایند.

تبصره: بیمارستان بر اساس ظرفیت، سیاست های داخلی و نظر پزشکان معالج می تواند بر اساس دستورالعمل مشخص و مدون، به بیماران مبتلا به سایر بیماری ها نیز خدمات آموزشی و پیگیری ارائه نماید.

3- پرسشنامه های مربوطه (پیوست های 6-1) از طریق مصاحبه تلفنی با بیمار ترخیصی در منزل یا یکی از افراد خانواده، بر اساس نوع بیماری جهت پیگیری تکمیل می گردد.

4- مستندات مرتبط با اقدامات انجام شده در فرم های مربوطه ثبت می شود.

5- یک نسخه از خلاصه پرونده در پرونده بیمار نزد پرستار کلینیک تا زمان راه اندازی برنامه در بستر HIS بایگانی می گردد.

6- جمع بندی، تحلیل و ارسال نتایج خدمات ارائه شده در کلینیک در پایان هر سه ماه (تحلیل نقاط قوت، قابل ارتقا و اقدامات اصلاحی) به مدیر خدمات پرستاری بیمارستان جهت ارسال به مدیریت پرستاری دانشگاه انجام می گردد.

تبصره: ثبت و نگهداری پرونده بیمار تا امکان استفاده از بستر HIS با همکاری واحد مدارک پزشکی بیمارستان و با رعایت استانداردهای مربوطه انجام می شود.

### 9- تواتر پیگیری

تواتر پیگیری بر اساس نوع بیماری از سه روز پس از ترخیص شروع و بر اساس نظر پزشک معالج یا به شرح ذیل تعیین می گردد:

در بیمارانی که در هنگام تکمیل فرم پیگیری، هیچ یک از علائم هشدار اصلی وجود نداشته باشد، پیگیری در ماه اول هر دو هفته و از آن به بعد ماهانه انجام می شود.

تبصره: در صورتی که تواتر پیگیری بیمار توسط پزشک معالج تعیین شده باشد، تواتر و چگونگی پیگیری بر اساس دستورالعمل کتبی پزشک صورت می گیرد.

### 10- فرایند ارزشیابی کلینیک

12-1. تکمیل فایل اکسل به صورت فصلی (هر سه ماه یکبار)

12- ارایه گزارش کتبی در خصوص نقاط ضعف، قابل ارتقا و برنامه های اصلاحی

11- شاخص های ارزشیابی (پیوست 7)

- درصد بیماران ترخیصی که در بازه زمانی یک ماهه پس از ترخیص نیاز به بستری مجدد پیدا نمودند
- درصد عوارض جسمی پس از ترخیص بیماران ترخیصی در رابطه با خود مراقبتی در منزل
- درصد تعداد مراجعات برنامه ریزی نشده بیماران ترخیصی به اورژانس بیمارستانی / کلینیک های غیر واگیر
- درصد رضایتمندی بیماران ترخیصی و خانواده آن ها از خدمات آموزشی و پیگیری

این دستورالعمل مشتمل بر 11 ماده، 16 تبصره و 7 پیوست تدوین و از تاریخ ابلاغ در تمامی بیمارستان ها و مراکز درمانی دولتی و غیر دولتی لازم الاجرا می باشد.



## پیوست 1 بیمار تحت آمپوتاسیون

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:
علت آمپوتاسیون: تروما <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> اختلالات عروقی <input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود)	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"/> هیچکدام <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 مورد این بیماری کدام اقدام را انجام داده است؟ 1- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند. 2- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند. 3- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند. 4- خود درمانی انجام می دهد. 5- اقدامی انجام نداده است.	در صورت بلی، کدام بیماری؟ دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون: فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون: کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود)	بیماری مزمن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
زخم بستری: دارد <input type="checkbox"/> ..... ندارد <input type="checkbox"/> درجه زخم بستری: درجه 1 (پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد) <input type="checkbox"/> درجه 2 (تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم) <input type="checkbox"/> درجه 3 (فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا) <input type="checkbox"/> درجه 4 (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 داروها: .....		
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 نشانه‌ها در زمان تکمیل پرسشنامه</b>	
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"/> 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 (ذکر شود)	
<b>و- تواتر پیگیری</b>	
اگر بیمار عوارضی دال بر عفونت یا هرگونه مشکل در محل آمپوتاسیون شامل خونریزی، عفونت، تب و لرز، درد شدید، قرمزی و تورم ناحیه داشته باشد لازم است در اسرع وقت به مرکز درمانی مراجعه کند.	
سه روز پس از ترخیص ماهی دو بار <input type="checkbox"/> ماهی یکبار <input type="checkbox"/> سایر ..... <input type="checkbox"/>	
<b>ز- بررسی وضعیت خود مراقبتی بیمار</b>	
1- علایم و نشانه‌های مربوط به بیماری را نام می‌برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ( حداقل 3 علامت خطر را نام ببرد)
2- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان‌ها یا داروها را نام می‌برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
3- داروهای خود را نام می‌برد.	بله <input type="checkbox"/> ..... خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده از جعبه قرص شود.
4- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می‌کند.	بله <input type="checkbox"/> ..... خیر <input type="checkbox"/>
5- رژیم غذایی مناسب خود را می‌داند.	بله <input type="checkbox"/> ..... خیر <input type="checkbox"/>
6- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می‌داند.	بله <input type="checkbox"/> ..... خیر <input type="checkbox"/>
7- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می‌داند.	بله <input type="checkbox"/> ..... خیر <input type="checkbox"/>
8- راهکارهای پیشگیری و مدیریت علایم مندرج در بخش "ه" را می‌داند.	بله <input type="checkbox"/> ..... خیر <input type="checkbox"/>
9- شرایط زخم اندام آمپوته شده را توضیح می‌دهد.	ترشح <input type="checkbox"/> ... بو <input type="checkbox"/> ... خونریزی <input type="checkbox"/> ... قرمزی بخیه <input type="checkbox"/> ... رنگ زخم <input type="checkbox"/> ... در صورت وجود مورد غیر طبیعی چه اقدامی انجام داده است؟
10- پوزیشن‌های مناسب بعد از آمپوتاسیون را می‌داند.	بله <input type="checkbox"/> ..... خیر <input type="checkbox"/>
11- زمان و نحوه تعویض پانسمان استامپ را بر اساس دستور جراح می‌داند.	بله <input type="checkbox"/> ..... خیر <input type="checkbox"/>
12- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می‌داند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، چه اقدامی جهت یادآوری انجام داده است.
13- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می‌کند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ( حداقل 5 مورد را نام ببرد)
14- در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ( حداقل 3 علامت بهبودی را نام ببرد)
15- آ از زمان ترخیص تا کنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است..... علت مراجعه.....
16- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چه مشکلی؟.....
17- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟
18- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....
19- بیمار دستورات/پیشنهادها را پزشک یا پرستار را اجرا کرده است.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
<b>ح- نکات مورد توجه</b>	

- 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 قرار دهد.

- 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 ارایه شده 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"/>					

## پیوست 2

### بیمار مبتلا به سرطان

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:	
وضعیت تاهل:	شغل:	تحصیلات:
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:	
نوع درمان:	جراحی <input type="checkbox"/> کموتراپی <input type="checkbox"/> رادیو تراپی <input type="checkbox"/> سایر.....	
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؟	
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؟ 1- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند. 2- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند. 3- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند. 4- خود درمانی انجام می دهد. 5- اقدامی انجام نداده است.
زخم بستر: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	درجه زخم بستر: درجه 1 (پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد) <input type="checkbox"/> درجه 2 (تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم) <input type="checkbox"/> درجه 3 (فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا) <input type="checkbox"/> درجه 4 (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"/> 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"/> بیبوست <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"/> ریزش مو <input type="checkbox"/> مشکلات پوستی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> عفونت <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، درد متوسط تا شدید، علایم شدید گوارشی، اختلال سطح هوشیاری 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>	
1- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل 3 علامت خطر را نام ببرد)
2- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل 3 علامت خطر را نام ببرد)
3- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (نام داروها را بگوید)
4- 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)
5- 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.
6- 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.
7- 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.
8- 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.
9- 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.
10- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل 5 مورد را نام ببرد)
11- در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل 3 علامت بهبودی را نام ببرد)
12- از زمان ترخیص تا کنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است..... علت مراجعه:.....
13- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چه مشکلی؟.....
14- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟
15- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....

<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	16- 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 می‌کند اعم از داروهایی که در زمان ترخیص تجویز شده و داروهایی که خودش بدون نسخه تهیه کرده و مصرف می‌کند، از جمله ویتامین‌ها 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 آموزش‌ها 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 می‌باشد.

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"/>	

### پیوست 3

#### 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؟		
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؟ 1- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند. 2- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند. 3- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند. 4- خود درمانی انجام می دهد. 5- اقدامی انجام نداده است.	
زخم بستر: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> درجه زخم بستر: درجه 1 (پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد) <input type="checkbox"/> درجه 2 (تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم) <input type="checkbox"/> درجه 3 (فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا) <input type="checkbox"/> درجه 4 (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"/>		
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>	
1- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل 3 علامت خطر را نام ببرد)
2- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل 3 علامت خطر را نام ببرد)
3- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (نام داروها را بگوید)
4- 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)
5- 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.
6- 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.
7- 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.
8- 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.
9- 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.
10- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل 5 مورد را نام ببرد)
11- نحوه استفاده از ماسک و تنظیم دستگاه را در صورت ضرورت می داند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
12- اصول ایمنی هنگام استفاده از اکسیژن را می داند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
10- بیمار از خدمات بازتوانی ریه تحت نظر فیزیوتراپ استفاده می کند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
11- بیمار از دستگاه تهویه غیر تهاجمی استفاده می کند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع دستگاه تهویه غیر تهاجمی:
19- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل 3 علامت بهبودی را نام ببرد)
20- 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
21- 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.....



22- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟
23- بیمار علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....
24- بیمار دستورات/پیشنهادهاى پزشک یا پرستار را اجرا کرده است.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

#### 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"/>					

### پیوست 4

#### 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)	
<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؟ 1- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند. 2- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند. 3- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند. 4- خود درمانی انجام می دهد. 5- اقدامی انجام نداده است.
<b>زخم بستر:</b> دارد <input type="checkbox"/> ..... ندارد <input type="checkbox"/>		
درجه زخم بستر: درجه 1 (پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد) <input type="checkbox"/> درجه 2 (تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم) <input type="checkbox"/> درجه 3 (فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا) <input type="checkbox"/> درجه 4 (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 <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>	
اختلال تکلم <input type="checkbox"/> اختلال شنوایی <input type="checkbox"/> اختلال بلع <input type="checkbox"/> اختلال ادراری و روده ای: <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"/> پدیدار ادراری <input type="checkbox"/> آنوری <input type="checkbox"/> 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"/> بی اشتها <input type="checkbox"/> بی خوابی <input type="checkbox"/> تورم اندام ها <input type="checkbox"/> درد <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> مشکلات پوستی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> عفونت <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 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 <input type="checkbox"/> ماهی دو بار <input type="checkbox"/> ماهی یکبار <input type="checkbox"/> سایر.....	
<b>ز- بررسی وضعیت خود مراقبتی بیمار</b>	
1- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل 3 علامت خطر را نام ببرد)
2- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل 3 علامت خطر را نام ببرد)
3- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (نام داروها را بگوید)
4- 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)
5- 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.
6- 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.
7- 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.
8- 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.
9- 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.
10- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل 5 مورد را نام ببرد)
11- بیمار از خدمات توانبخشی و بازتوانی استفاده می کند؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
12- 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"/>
13- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل 3 علامت بهبودی را نام ببرد)
14- 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
15- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چه مشکلی؟.....
16- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟
17- بیمار علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....

18- 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"/>					

## پیوست 5

### 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 1 <input type="checkbox"/> نوع 2 <input type="checkbox"/>
مدت زمان ابتلا به دیابت ماه/ سال	
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؟	
در مورد این بیماری چه اقدامی انجام داده است؟ 1-تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند. 2- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند. 3- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند. 4- خود درمانی انجام می دهد. 5-اقدامی انجام نداده 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:.....
<b>زخم بستری:</b> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> درجه زخم بستری: درجه 1 (پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد) <input type="checkbox"/> درجه 2 (تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم) <input type="checkbox"/> درجه 3 (فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا) <input type="checkbox"/> درجه 4 (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>	
1- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل 3 علامت خطر را نام ببرد)
2- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل 3 علامت خطر را نام ببرد)
3- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (نام داروها را بگوید)
4- 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)
5- 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.
6- 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.
7- 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.
8- 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.
9- نحوه صحیح توزین روزانه و ثبت آن را می داند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
10- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/کلینیک دیابت/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.
11- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل 5 مورد را نام ببرد)
12- علایم افت قند خون (بی حالی، ضعف، عرق کردن، لرزش، خواب آلودگی) را می داند.	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؟)
13- 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.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	14- 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	15- بیمار از زمان ترخیص تا کنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده یا بستری شده است. در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است.....علت مراجعه:.....
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	16- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد.
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	17- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	18- در مورد مشکل جدید، اقدامی انجام داده است.
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	19- بیمار علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	20- 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. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر    نام دارو (ها):
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	بیمار از انسولین استفاده می نماید. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
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"/>	

## پیوست 6

### نارسایی احتقانی قلبی (CHF)

<b>الف- اطلاعات بیمار</b>		
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	سن (سال):
تاریخ ترخیص:	فرد مصاحبه شونده: بیمار <input type="checkbox"/> همراه/ مراقب بیمار <input type="checkbox"/> نام همراه/مراقب: ...	
وضعیت تاهل:	شغل:	تحصیلات:
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 <input type="checkbox"/>	
<b>ب- اطلاعات بالینی</b>		
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: .....	
<b>ج- بررسی وضعیت جسمی بیمار</b>		
اختلال حرکتی:	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، از کدام وسیله استفاده می کند؟ <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؟	
سایر 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: .....
<b>زخم بستری:</b> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		
درجه زخم بستری:		
درجه 1 (پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد) <input type="checkbox"/> درجه 2 (تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم) <input type="checkbox"/> درجه 3 (فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا) <input type="checkbox"/> درجه 4 (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"/> 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"/> 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"/> آسیت <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"/> 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 (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.....	
<b>ز- بررسی وضعیت خود مراقبتی بیمار</b>	
1- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> حداقل سه علامت خطر را نام ببرید
2- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
3- داروهای مورد استفاده خود را نام می برد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (داروها را نام ببرد)
4- 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)
5- 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.
6- 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.
7- 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.
8- 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.
9- اقدامات لازم در زمانی که روی پا یا مچ پایش ورم می کند، یا وقتی که با صدای نفسش ناگهان از خواب می پرد یا هنگامی که شبها بیشتر از قبل برای ادرار کردن بیدار می شود، را می داند. (به بیمار بگویید در هر یک از شرایط فوق باید با پزشک خود تماس بگیرد).	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
10- نحوه صحیح توزین روزانه و ثبت آن را می داند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
11- مقدار مایعات مجاز روزانه را می داند. (به بیمار بگویید که باید کمتر از 2 لیتر در روز مایعات میل کند تا میزان ورم بدنش کم و تنفسش راحت تر شود).	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
12- نحوه استفاده از ماسک اکسیژن و تنظیم دستگاه را در صورت ضرورت می داند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
13- 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.
14- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل 5 مورد را نام ببرد)
15- بیمار در مقایسه با زمان ترخیص احساس بهبودی دارد.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل 3 علامت بهبودی را نام ببرد)

بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است..... علت مراجعه:.....	16- 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؟.....	17- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟	18- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....	19- بیمار علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	20- 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.

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"/>	

### پیوست 7

شناسنامه شاخص های پایش و ارزشیابی کلینیک آموزش و پیگیری بیمار

نام شاخص	درصد بیماران ترخیصی که نیاز به بستری مجدد داشتند
اهمیت موضوع	بستری مجدد یک ماه اول بعد از ترخیص به عنوان پدیده ای قابل پیشگیری و هزینه بر، معمولاً به دلیل عدم تداوم مراقبت مناسب پس از ترخیص ایجاد می گردد.
نوع شاخص	برآیندی
فرمول شاخص	$100 \times \frac{\text{تعداد بیماران ترخیصی که نیاز به بستری مجدد داشتند}}{\text{تعداد کل بیماران پیگیری شده}}$
تعریف صورت شاخص	منظور بیماران ترخیصی هستند که نیاز به بستری مجدد طی یک ماه بعد از ترخیص پیدا نمودند.
تعریف مخرج شاخص	کل بیمارانی که در طول همان فصل، پیگیری شده اند.
نام شاخص	درصد عوارض جسمی پس از ترخیص در بیماران ترخیصی در رابطه با خود مدیریتی در منزل
فرمول شاخص	$100 \times \frac{\text{تعداد بیمارانی که پس از ترخیص دچار بروز عوارض جسمی ناشی از عدم خودمراقبتی شده اند}}{\text{تعداد کل بیماران پیگیری شده}}$
تعریف صورت شاخص	تعداد بیمارانی که پس از ترخیص و در هنگام تکمیل فرم های پیگیری، دچار علائم هشدار ناشی از عدم خود مدیریتی شده اند. این علائم هشدار در قسمت تواتر پیگیری (پیوست 6-1) ذکر شده است.
تعریف مخرج شاخص	کل بیمارانی که در طول همان فصل، پیگیری شده اند.

<b>نام شاخص</b>	<b>درصد مراجعات برنامه ریزی نشده بیماران ترخیصی به اورژانس بیمارستانی یا درمانگاه</b>
فرمول شاخص	$100 \times \frac{\text{تعداد مراجعات برنامه ریزی نشده بیماران ترخیصی به اورژانس بیمارستان یا درمانگاه}}{\text{تعداد کل بیماران پیگیری شده}}$
تعریف صورت شاخص	<p>منظور از تعداد مراجعات برنامه ریزی نشده، مراجعات بیماران ترخیصی است که دچار عوارض بعد از ترخیص شده و خارج از نوبت تعیین شده و یا بدون هماهنگی پرستار پیگیری به اورژانس بیمارستان و یا درمانگاه مراجعه کرده اند. منظور از اورژانس بیمارستان و یا درمانگاه، صرفاً بیمارستان محل ترخیص بیمار نبوده و مراجعه به اورژانس و یا درمانگاه سایر مراکز درمانی را نیز شامل می شود.</p>
تعریف مخرج شاخص	کل بیمارانی که در طول همان فصل پیگیری شده اند.
<b>نام شاخص</b>	<b>درصد رضایتمندی بیماران ترخیصی / خانواده آن ها از خدمات پیگیری</b>
فرمول شاخص	$100 \times \frac{\text{تعداد بیماران رضایتمند و خانواده از خدمات پیگیری}}{\text{کل بیماران پیگیری شده}}$
تعریف صورت شاخص	تعداد بیماران و خانواده آنها که از انجام پیگیری رضایت داشته و تمایل به ادامه پیگیری دارند.
تعریف مخرج شاخص	کل بیمارانی که در طول همان فصل پیگیری شده اند.