

فرم پیگیری بیماران آمپوتاسیون

الف. اطلاعات بیمار		
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	سن (سال):
کد ملی:	فرد مصاحبه شونده:	بیمار ☐ همراه/ مراقب بیمار ☐ نام همراه/مراقب:
شماره تماس بیمار:	شماره تماس همراه/ مراقب بیمار:	
وضعیت تاهل:	شغل:	تحصیلات:
محل سکونت بیمار:	منزل شخصی ☐ مراکز نگهداری ☐ منزل فرزندان ☐ سایر	
ب. اطلاعات بالینی		
تشخیص بیماری:	تاریخ بستری:	بخش بستری:
علت آمپوتاسیون:	تروما ☐ دیابت ☐ اختلالات عروقی ☐ سایر	تعداد روزهای بستری در بیمارستان:
حساسیت: دارد ☐ ندارد ☐ حساسیت به داروها ☐ باذکرنام.....	مواد غذایی ☐ باذکرنام.....	
عوامل محیطی ☐ باذکرنام..... سایر.....		
ج. بررسی وضعیت جسمی بیمار		
اختلال حرکتی:	دارد ☐ ندارد ☐ در صورت پاسخ مثبت، از کدام وسیله استفاده می کند؟ واکر ☐ عصا ☐ ویلچر ☐ هیچکدام ☐	
درد: دارد ☐	ندارد ☐ در صورت پاسخ مثبت، میزان درد بر اساس خط کش درد چه عددی است؟	
بیماری مزمن: دارد ☐ ندارد ☐	در صورت بلی، کدام بیماری؟	در مورد این بیماری کدام اقدام/اقدام هایی را انجام داده است؟
	دیابت ☐ میزان آخرین قند خون:.....	۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند.
	فشارخون ☐ میزان آخرین فشارخون:.....	۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند.
	کلیوی ☐ قلبی ☐ ریوی ☐ سایر (ذکر شود)	۳- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند.
		۴- خود درمانی انجام می دهد.
		۵- اقدامی انجام نداده است.
زخم بستر: دارد ☐ ندارد ☐ درجه بندی:		
د- بررسی وضعیت روانی		
اختلال روانی: دارد ☐ ندارد ☐ در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل:..... آیا دارو استفاده می کند: بلی ☐ خیر ☐ نام داروها:.....		
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- علائم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه		
تنگی نفس ☐ ضعف ☐ خستگی ☐ تپش قلب ☐ افزایش وزن ☐ کاهش وزن ☐ بی اشتها ☐ بی خوابی ☐ تورم اندامها ☐ درد ☐ سرفه ☐ اسهال ☐ یبوست ☐ بی اختیاری ادرار ☐ بی اختیاری مدفوع ☐ تکرر ادرار ☐ پرادراری ☐ آنوری ☐ تب ☐ مشکلات پوستی ☐ تهوع و استفراغ ☐ عفونت ☐ سایر		
و- تواتر پیگیری		
طی سه روز بعد از ترخیص ☐ هر هفته یکبار ☐ هر دو هفته یکبار ☐ ماهی یکبار ☐ سایر.....		
ز- بررسی وضعیت عمومی و خود مراقبتی بیمار (این قسمت در هر بار پیگیری تلفنی پر سیده شود)		
۱- علائم 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 ☐ (نام داروها را بگوید.)	
۳- علائم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها 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؟	

فرم پیگیری بیماران آمپوتاسیون

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؟					
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- شرایط زخم اندام آمپوته شده را توضیح می دهد.	ترشح ☐ بو ☐ خونریزی ☐ قرمزی ☐ بخیه ☐ رنگ زخم ☐ در صورت وجود مورد غیر طبیعی چه اقدامی انجام داده است؟					
۱۰- پوزیشن های مناسب بعد از آمپوتاسیون را می داند.	بله ☐ خیر ☐					
۱۱- زمان و نحوه تعویض پانسمان استامپ را بر اساس دستور جراح می داند.	بله ☐ خیر ☐					
۱۲- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می داند.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است؟					
۱۳- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۵ مورد را نام ببرد).					
۱۴- در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است.	بله ☐ خیر ☐ (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد).					
۱۵- از زمان ترخیص تاکنون در رابطه با بیماری به اورژانس مراجعه کرده است.	بله ☐ خیر ☐ در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است؟ علت مراجعه					
۱۶- از زمان ترخیص برای بیمار مشکل جدیدی پیش آمده است.	بله ☐ خیر ☐ در صورت بلی، چه مشکلی؟					
۱۷- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است.	بله ☐ خیر ☐ چه اقدامی؟					
۱۸- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است.	بله ☐ خیر ☐					
۱۹- بیمار علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد.	بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، دلایل ذکر شود.....					
۲۰- بیمار دستورات/پیشنهادهای قبلی مشاوره تلفنی را اجرا کرده است.	بله ☐ خیر ☐					
۲۱- بیمار نسبت به تصویر ذهنی از خود آگاهی دارد و با شرایط موجود کنار آمده است.	بله ☐ خیر ☐					
ح- ارزیابی نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطه: دارو ☐ فعالیت ☐ علائم هشدار دهنده ☐ خودمراقبتی ☐						
تاریخ تماس	نتیجه تماس	علت عدم پاسخ	ساعت شروع مکالمه	ساعت پایان مکالمه	نام پرستار پیگیری	توضیحات
	☐ موفق ☐ ناموفق					
	☐ موفق ☐ ناموفق					
	☐ موفق ☐ ناموفق					