

فرم ارزیابی مراقبت های غیر حضوری (تلفنی) بیماران توسط مراقبین سلامت (پرستار)

نام و نام خانوادگی بیمار :	شماره پرسنلی :	نسبت با شاغل :	سن :
نام و نام خانوادگی پزشک خانواده :	نام و نام خانوادگی مراقب سلامت پرستار :	شرکت فرعی :	

سوابق قبلی پرونده بیمار با فاصله اطمینان قابل قبول:

دارای سابقه بیماری مزمن	دیابت ☐	فشار خون بالا ☐	بیماری IHD ☐	اضافه وزن / چاقی ☐	اختلال لیبید ☐
دارای ارزیابی ریسک فاکتور	ASCVD RISK ☐	تغذیه ☐	دخانیات ☐	روان ☐	آسم و آلرژی ☐
موارد مثبت :	بیماری زمینه ای ☐ نام بیماری زمینه ای :				

تماس های بدون پاسخ : ☐ تماس اول ؛ تاریخ تماس : ☐ تماس دوم ؛ تاریخ تماس : ☐ تماس سوم ؛ تاریخ تماس :

ارزیابی وضعیت فعلی بیمار :

از بیمار سوال گردد	خلاصه پاسخ بیمار	نتیجه (۱)	توصیه ها
۱. تغییر مشخصات مرکز و تیم سلامت			
۲. وضعیت سلامت عمومی / روانی فرد یا خانواده (سوالات باز)			
۳. بررسی علایم مشکوک به کووید ۱۹ در فرد / خانواده وی و یا سابقه بستری			
۴. تاریخ و نتیجه آخرین آزمایشات مرتبط با بیماری			
۵. بیماری مهم و جدید که در پرونده ثبت نشده است			
۶. گلوکومتر و فشار سنج در منزل دارد ؟ نحوه کار و کالیبره بودن آن بررسی گردد			
۷. عدد قد ، وزن ، فشار خون ، قند خون و ... همراه با آموزش			
۸. ارزیابی تغذیه فرد بر اساس رده سنی با سوالات کلیدی			
۹. ارزیابی مصرف دخانیات با سوالات کلیدی			
۱۰. ارزیابی سلامت روان بر اساس رده سنی با سوالات کلیدی			
۱۱. ارزیابی آسم و آلرژی با سوالات کلیدی			
۱۲. ارزیابی بیماری ایسکمیک قلب و عروق با سوالات کلیدی			
۱۳. ASCVD RISK / ریسک فاکتورها برای افراد واجد شرایط			
۱۴. حذف و اضافه شدن تعداد اعضای خانواده			
۱۵. پاسخ دادن به سوالات بیمار			

نتیجه مراقبت غیر حضوری :

☐ جهت ادامه مراقبت به پزشک خانواده / سلامت کار معرفی شد

☐ نیاز به پیگیری مجدد تاریخ پیگیری بعدی :

نام پرستار خانواده و امضا : تاریخ / ساعت :

فرم ارزیابی مراقبت های غیر حضوری (تلفنی) بیماران توسط مراقبین سلامت (بهداشت خانواده)

نام و نام خانوادگی بیمار :	شماره پرسنلی:	نسبت با شاغل :	سن :
نام و نام خانوادگی پزشک خانواده :	نام و نام خانوادگی مراقب سلامت ماما:	شرکت فرعی :	

سوابق قبلی پرونده بیمار با فاصله اطمینان قابل قبول:

دارای پرونده فعال	ایمن سازی	کودک	نوجوان	مادر باردار	پس از زایمان	منوپوز	باروری
دارای یافته های مثبت							
نیاز به رفع نواقص پرونده							

تماس های بدون پاسخ : ☐ تماس اول ؛ تاریخ تماس : ☐ تماس دوم ؛ تاریخ تماس : ☐ تماس سوم ؛ تاریخ تماس :
 ارزیابی وضعیت فعلی بیمار :

ارزیابی وضعیت دریافت خدمات بهداشت خانواده :	☐ سازمان	☐ خارج از سازمان	☐ دریافت نمی کند
سوالات ایمن سازی	خلاصه پاسخ بیمار	نتیجه (۱)	توصیه ها
۱. وضعیت انجام واکسیناسیون و تکمیل آن مرتبط با گروه سنی			
سوالات مادر باردار	خلاصه پاسخ بیمار	نتیجه (۱)	توصیه ها
۲. وضعیت سلامت عمومی مادر و جنین : تاریخ LMP-EDC، دریافت واکسن و مکمل ، انجام غربالگری دیابت ، ارزیابی فشار خون ، ارزیابی موارد پر خطر در بارداری و...			
سوالات پس از زایمان	خلاصه پاسخ بیمار	نتیجه (۱)	توصیه ها
۳. وضعیت سلامت مادر پس از زایمان : ارزیابی red flag های سلامت مادر (عادی یا پرخطر)، تعداد و توالی خدمات مراقبتی، پیگیری آزمایشات تکمیلی افراد GDM ، ارزیابی فشارخون ، انجام تست ادینبرگ و ..			
۴. ارزیابی وضعیت سلامت نوزاد و مراقبت ۳-۵ روزگی متناسب با red flag های سلامت نوزاد مانند بیحالی ، شیر نخوردن و ..			
سوالات زنان در سنین باروری و منوپوز	خلاصه پاسخ بیمار	نتیجه (۱)	توصیه ها
۵. ریسک فاکتور های ابتلا به سرطان دهانه رحم و پستان			
۶. ریسک فاکتور ابتلا به سرطان کبد ، روده و ...			
۷. ریسک فاکتور ابتلا به پوکی استخوان			
۸. تاریخ آخرین غربالگری سرطان / بیماری های فوق در افراد واجد شرایط بررسی و متناسب با ریسک فاکتور و وضعیت فعلی راهنمایی شود			
۹. وضعیت آخرین ارزیابی پزشک برای سلامت قلب، تیروئید و واریس رابرسی و راهنمایی یا در موارد لزوم توصیه به مراجعه گردد			
۱۰. ارزیابی علایم و نشانه های بیماریهای شایع زنان و داروهای مرتبط			

فرم ارزیابی مراقبت های غیر حضوری (تلفنی) بیماران توسط مراقبین سلامت (بهداشت خانواده)

نام و نام خانوادگی بیمار :	شماره پرسنلی:	نسبت با شاغل :	سن :
نام و نام خانوادگی پزشک خانواده :	نام و نام خانودگی مراقب سلامت ماما:	شرکت فرعی :	

تماس های بدون پاسخ : ☐ تماس اول ؛ تاریخ تماس : ☐ تماس دوم ؛ تاریخ تماس : ☐ تماس سوم ؛ تاریخ تماس :

ارزیابی وضعیت فعلی بیمار :

سوالات کودک	خلاصه پاسخ بیمار	نتیجه (۱)	توصیه ها
۱۳- وضعیت سلامت کودک و دریافت مراقبت : (ارزیابی دریافت و نتایج پایش های قد ، وزن ، دور سر ، واکسیناسیون ، معاینات بینایی ، ارزیابی شنوایی ، دهان و دندان ، تغذیه ، بیماریها و...) و ارائه راهنمایی			
۱۴- ارزیابی دریافت و نتایج انجام ASQ براساس سن در کودک و ارائه راهنمایی			
سوالات نوجوان	خلاصه پاسخ بیمار	نتیجه (۱)	توصیه ها
۱۵- بررسی وضعیت سلامت نوجوان و دریافت مراقبت های مرتبط (ارزیابی قد ، وزن ، دور سر ، واکسیناسیون ، معاینات بینایی ، شنوایی ، تغذیه ، بیماری ، غربالگری ، معاینات عضلانی اسکلتی ، قلب و عروق ، ادراری تناسلی ، بلوغ، سلامت روان) و ارائه راهنمایی			
۱۶- آخرین ارزیابی و نتیجه فشار خون نوجوان بررسی و یادداشت گردد و ارائه راهنمایی متناسب با آخرین وضعیت			
ابتلا ی فرد یا خانواده به کووید ۱۹			
۱۷- بررسی علایم مشکوک به کووید ۱۹ در فرد / خانواده وی و یا سابقه بستری			
بررسی عوارض و ارزیابی های تکمیلی بیماری های مزمن/ زمینه ای			
۱۸- ارزیابی بیماری های زمینه ای و ارائه راهنمایی و یا ارجاع			

نتیجه مراقبت غیر حضوری :

☐ نیاز به مراجعه حضوری ؛ تاریخ مراجعه حضوری :

☐ نیاز به پیگیری مجدد ؛ تاریخ پیگیری بعدی :

☐ نیاز به انجام پاراکلینیک / ارجاع ؛ تاریخ مراجعه حضوری :

نام کارشناس بهداشت خانواده و امضا :

تاریخ/ ساعت :