

دستورالعمل اجرایی

واحد آموزش و پیگیری کودک بیمار و خانواده

نسخه اول

معاونت پرستاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دفتر ارتقای سلامت و خدمات پرستاری

تابستان ۱۴۰۳

مقدمه

طی دهه های اخیر، حوزه عملکرد بالینی در مراقبت از کودکان پیشرفت های قابل توجهی داشته و بقای کودکان با بیماری های حاد یا مزمن را به شکل معنی داری افزایش داده است. با در نظر گرفتن نرخ بالاتر بقای کوتاه مدت و افزایش کیفیت مراقبت حاد، تمرکز جوامع به سمت پیامدهای بلند مدت بیماری های کودکان معطوف شده و سعی گردیده تا با ارتقای کیفیت مراقبت ها، این پیامدها نیز ارتقا یابد.

اگرچه در حال حاضر در بسیاری از بیماری های کودکان، پیگیری منظم بیماران انجام می شود، اما جمع آوری داده ها معمولاً سیستماتیک نبوده و دستورالعمل استاندارد برای جمع آوری داده های مبتنی پیگیری های انجام شده و بکارگیری آن ها در ارتقای مراقبت های ارائه شده به کودک و خانواده در راستای ارتقای پیامدهای بلند مدت مراقبت و در قالب شاخص هایی نظیر کاهش بستری مجدد، کاهش مراجعات برنامه ریزی نشده به اورژانس و رضایتمندی گیرندگان خدمت وجود ندارد. این در حالی است که این داده ها را می توان برای استانداردسازی محتواهای مربوط به مراقبت طولانی مدت، شیوه های پیگیری و جمع آوری سیستماتیک داده ها، ارتقای شیوه های تصمیم گیری در پیشگیری، مراقبت و درمان و طراحی مدل های پیگیری بعدی مورد استفاده قرار داد.

با تغییر رویکرد نظام های سلامت از مراقبت مبتنی بر بیمارستان به مراقبت های مبتنی بر جامعه و منزل و تلاش جهت کاهش موارد بستری در بیمارستان و ترخیص بهنگام کودک به منظور کاهش عوارض ناشی از بستری وی در بیمارستان نظیر ابتلا به عفونت های بیمارستانی با هدف تداوم مراقبت در منزل، نقش والدین و اعضای خانواده به عنوان مراقبین غیر رسمی پررنگ تر گردیده است. بر این اساس، توانمندسازی آن ها در جهت مراقبت از کودک بیمار، پیشگیری از عوارض و مدیریت چالش های پیش رو الزامی بوده و لذا پیگیری کودک و خانواده بعد از ترخیص از بیمارستان ضروری تلقی می شود.

بدیهی است رفع چالش های مذکور به ویژه آموزش به کودک و خانواده در خصوص نحوه مدیریت بیماری در منزل و خودمدیریتی از یک سو و پیگیری کودک پس از ترخیص از بیمارستان جهت پایش اثربخشی آموزش و مراقبت های ارائه شده، حصول اطمینان از تبعیت کودک و خانواده از توصیه های ارائه شده، پاسخ به سؤالات و نیازهای احتمالی آنها در راستای پیشگیری از مشکلات و بستری شدن های مجدد و مراجعات به اورژانس از سوی دیگر، ضرورت ایجاد ساز و کاری به منظور آموزش به کودک و خانواده و پیگیری پس از ترخیص را مطرح می نماید.

در پاسخ به این نیاز درک شده و بر اساس تحلیل اسناد بالادستی، لزوم کاهش بار هزینه های سلامت، همچنین افزایش اثر بخشی مراقبت های پرستاری در بالین، تاسیس "واحد آموزش و پیگیری کودک بیمار و خانواده" در بیمارستان های کودکان به عنوان یکی از برنامه های معاونت پرستاری در نظر گرفته شده که دستورالعمل اجرایی این واحد ها به شرح ذیل ابلاغ می شود.

۱- تعاریف

- ۱-۱. وزارت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۲-۱. معاونت: معاونت پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۳-۱. دانشگاه/ دانشکده: دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی
- ۴-۱. واحد آموزش و پیگیری کودک بیمار و خانواده: به واحدی مستقر در بیمارستان اطلاق می شود که طبق این دستورالعمل جهت انجام پیگیری و ارایه آموزش های خود مراقبتی و بر اساس نیازهای آموزشی و مراقبتی کودک بیمار و خانواده مطابق با شرح وظایف و اختیارات تعیین شده پرستاران دایر می گردد و از این پس در این دستورالعمل به عنوان "واحد" به آن اشاره می شود.
- ۵-۱. 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 / 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.
- ۶-۱. کودکان و نوزادان: منظور از کودکان و نوزادان مورد نظر در این دستورالعمل، گروه سنی از بدو تولد تا ۱۴ سال می باشد.
- ۷-۱. آموزش به کودک بیمار و خانواده: آموزش به بیمار در برگیرنده فعالیت های نظام مند و از پیش برنامه ریزی شده آموزشی در جهت آموزش رفتارهای مرتبط با سلامت در راستای دستیابی به حداکثر سلامتی و کسب استقلال در خودمراقبتی در کودکان بیمار و خانواده آنهاست که شامل آموزش های مرتبط با پیشگیری، ارتقای سلامت، فرآیندهای درمانی، توان بخشی و مراقبت تسکینی بوده و به منظور کمک جهت تصمیم گیری آگاهانه در مورد مراقبت از کودک و کسب مهارت خود مراقبتی و سایر پیامد های مثبت سلامتی صورت می گیرد.
- ۸-۱. خود مراقبتی: عبارت از توانایی پیشگیری از بیماری، ارتقا و حفظ سلامت و مقابله با ناتوانی و بیماری، با یا بدون حمایت ارایه دهندگان مراقبت می باشد.
- ۹-۱. پیگیری کودک بیمار و خانواده: منظور، پیگیری کودکان مبتلا به بیماری های منتخب از بخش های بستری بیمارستان است که بر اساس نظر پزشکان معالج یا سرپرستار/ پرستار مراقب، نیاز به آموزش و پیگیری دارند. فرآیند پیگیری، با مشارکت تیم مراقبتی تخصصی، از هنگام ترخیص از بیمارستان، آغاز می شود.
- ۱۰-۱. مراکز درمانی و مراقبتی: کلیه مراکز آموزشی- آموزشی/ درمانی تحت پوشش دانشگاه/ دانشکده اعم از دولتی، خصوصی و غیر دولتی (شامل بیمارستان های سازمان تامین اجتماعی، نفت، نیروهای مسلح، بانک ملی و دادگستری) تخصصی کودکان و یا دارای بخش های بستری کودکان و نوزادان می باشد که به کودکان و نوزادان بیمار خدمت سرپایی، بستری، تشخیصی، درمانی و مراقبتی ارایه می دهند.

- ۱۱-۱. پرستار مسئول بیمار: پرستاری با حداقل تحصیلات کارشناسی پرستاری است که بر اساس نیاز بیماران/مددجویان هر بخش و تصمیم سرپرستار/مسئول نوبت کاری، برای یک یا چند کودک تعیین شده و مسئولیت تمامی خدمات و مراقبت‌های پرستاری مورد نیاز کودکان طی آن نوبت کاری با او خواهد بود.
- ۱۲-۱. نوزادان نیازمند مراقبت‌های ویژه: منظور نوزادانی هستند که در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان (NICU) بستری بوده و پس از ترخیص، اندیکاسیون پیگیری می‌باشند.

۲- هدف کلی

هدف از تاسیس این واحد‌ها، 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 کودکان ترخیصی از بیمارستان و خانواده آن‌ها می‌باشد.

۳- مسئول واحد

این واحد زیر نظر مدیر خدمات پرستاری بیمارستان (مترون) اداره می‌شود و مسئولیت آن بر عهده سوپروایزر آموزش سلامت/آموزشی می‌باشد.

تبصره: بیمارستان‌های آموزشی می‌توانند از ظرفیت اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری مستقر در بیمارستان به عنوان مسئول واحد استفاده کنند.

۴- شرح وظایف مسئول واحد

- ۱-۴. هماهنگی با مسئولین بیمارستان جهت تامین فضای فیزیکی مناسب و تجهیزات و بودجه برای شروع و تداوم فعالیت واحد
- ۲-۴. مدیریت (برنامه ریزی، پایش و ارزشیابی) واحد
- ۳-۴. نظارت بر ارجاع مناسب بیماران از طریق بخش به واحد
- ۴-۴. همکاری با دفتر پرستاری جهت انتخاب و ارزیابی عملکرد پرستار/پرستاران واجد شرایط جهت فعالیت در واحد
- ۵-۴. تهیه و تنظیم برنامه کاری واحد و نظارت بر حسن انجام آن
- ۶-۴. نظارت بر تهیه محتوا و استفاده از ابزارهای کمک آموزشی مناسب
- ۷-۴. پایش و ارزشیابی مستمر اثر بخشی آموزش‌های ارائه شده
- ۸-۴. ارزشیابی و ارایه نتایج پایش شاخص‌های اثربخشی واحد به مبادی ذیربط و تعیین اقدامات اصلاحی مناسب
- ۹-۴. نظارت بر پیگیری پس از ترخیص بیماران واجد شرایط
- ۱۰-۴. حضور مستمر و فعال در نوبت کاری مشخص شده
- ۱۱-۴. تدوین و به روز رسانی برنامه راهبردی و عملیاتی آموزش سلامت (آموزش به بیمار) در مرکز درمانی

۴-۱۲. انجام / مشارکت در طرح های پژوهشی در خصوص اثربخشی و ارتقای آموزش سلامت و استفاده از نتایج حاصله در بهبود خدمات مرکز

۴-۱۳. برنامه ریزی و هماهنگی لازم برای آموزش و توانمندسازی کارکنان شاغل در واحد

۴-۱۴. تهیه گزارش و تحلیل عملکرد واحد بر اساس شاخص های ابلاغی

تبصره: در صورت تصدی مسؤولیت واحد، شرح وظایف مرتبط با واحد، به شرح وظایف تعیین شده برای سوپروایزر آموزش سلامت / آموزشی اضافه می گردد.

۵- شرایط احراز پرستار واحد

۵-۱. مدرک کارشناسی پرستاری و بالاتر

تبصره: در صورت وجود پرستار با مدرک کارشناسی ارشد ترجیحا کودکان، مراقبت ویژه نوزادان یا مراقبت ویژه کودکان در بیمارستان، اولویت بکارگیری این نیروها در واحد، مدنظر می باشد.

۵-۲. دارا بودن حداقل دو سال سابقه کار بالینی برای پرستاران با مدرک کارشناسی ارشد و حداقل چهار سال برای پرستاران با مدرک کارشناسی

۵-۳. داشتن پروانه صلاحیت حرفه ای

۵-۴. گذراندن دوره های آموزشی ضمن خدمت / کوتاه مدت مرتبط با حوزه تخصصی و آموزش به بیمار و خانواده (ارتباط مؤثر، طراحی برنامه آموزشی، مراقبت تسکینی کودکان، مراقبت در منزل و دوره های آموزشی مرتبط با پرستاری بیماری های کودکان و بیماری های منتخب در دستورالعمل)

تبصره: در صورتی که دانشجویان تحصیلات تکمیلی پرستاری حایز شرایط فوق باشند، می توانند زیر نظر مسؤول واحد و با هماهنگی عضو هیأت علمی پرستاری (مریبل افصل) در قالب واحد کارورزی، خدمات لازم را ارایه نمایند.

۶- ساعت کاری واحد

بیمارستان می تواند متناسب با تعداد کودکان ترخیصی، ساعت کاری را در یک یا دو نوبت کاری (صبح یا صبح و عصر) تعیین نماید.

۷- شرح وظایف پرستار واحد

۷-۱. بررسی و نیازسنجی نیاز های آموزشی کودک و خانواده

۷-۲. تعیین و ثبت اولویت های آموزشی کودک و خانواده

۷-۳. برنامه ریزی برای جلسات آموزش گروهی

۷-۴. مشارکت در تهیه محتوا و رسانه مناسب و روزآمد برای آموزش کودک و خانواده

- ۵-۷. به کارگیری محتواها و مواد آموزشی تهیه شده
 - ۶-۷. ارزشیابی اثربخشی آموزش های ارائه شده به کودک و خانواده
 - ۷-۷. مشاوره با پزشک یا پرستاران تخصصی برای ارزیابی آموزش های تخصصی در صورت نیاز
 - ۸-۷. ارائه گزارش عملکرد واحد به مسئول واحد در بازه های زمانی مشخص
 - ۹-۷. مشارکت و همکاری در طرح های پژوهشی با مراکز آموزشی و پژوهشی
 - ۱۰-۷. پیگیری تلفنی جهت بررسی و ارزیابی بیمار از نظر اثربخشی آموزش های ارائه شده و نیازهای پس از ترخیص
 - ۱۱-۷. هماهنگی جهت ارجاع بیمار به مراکز مراقبت در منزل یا مراکز مراقبت تسکینی کودکان
- تبصره: مسئولیت آموزش محتوای آموزشی مورد نیاز به کودک/ خانواده در زمان بستری، بر عهده پرستار مسئول بیمار در بخش بستری است.

۸- جبران خدمت پرستار واحد

جبران خدمت پرستار/ پرستاران شاغل در واحد، مطابق آخرین نسخه ابلاغی دستورالعمل نحوه پرداخت کارانه گروه پرستاری شاغل در مراکز درمانی می باشد.

۹- زیرساخت های لازم جهت واحد

۹-۱. فضای فیزیکی

- ۱-۱-۹. حداقل فضا برای تاسیس واحد شامل یک اتاق به متراژ ۱۸ متر مربع می باشد.
- ۲-۱-۹. فضای واحد باید مختص به واحد بوده و وجود محلی برای انتظار بیماران و همراهان ضروری است.
- ۳-۱-۹. نصب بنر با ذکر نام واحد در ورودی های بیمارستان و درمانگاه و نصب تابلوی واحد، الزامی است.

۹-۲. نیروی انسانی

- ۱-۲-۹. حداقل پرسنل مورد نیاز واحد، یک نفر پرستار واجد شرایط بند ۵ می باشد.
 - ۲-۲-۹. محاسبه پرسنل واحد بر اساس موارد زیر انجام می شود:
 - ۳-۲-۹. در بیمارستان هایی که تعداد کودکان ترخیصی ماهانه آنها در بیماری/ بیماری های مورد نظر، بین ۵۰ تا ۱۰۰ نفر باشد، یک پرستار در نظر گرفته شده و پس از آن، به ازای هر ۲۰۰ نفر ترخیصی در ماه، یک پرستار به واحد اضافه می شود.
- تبصره ۱: حسب نیاز، پرستار واحد می تواند طی انجام هماهنگی های قبلی، کودک را به واحدهای تغذیه، مددکاری، روانشناسی و پزشک متخصص و هر واحد مرتبط دیگری در آن بیمارستان ارجاع دهد.
- تبصره ۲: صدور ابلاغ برای پرستاران واحد، به پیشنهاد سوپروایزر آموزش سلامت/ آموزشی و با تایید مدیر خدمات پرستاری بیمارستان (مترون) و با امضای معاون درمان یا رئیس بیمارستان انجام می شود.

تبصره ۳: در مواردی که ارائه خدمت، جزء موارد فوق تخصصی باشد (مانند بخش های انکولوژی یا مراقبت ویژه نوزادان)، ضروری است یک نفر از پرستاران ارائه دهنده خدمت در همان بخش، متولی آموزش و پیگیری کودک باشد. شایان ذکر است این افراد، بایستی زیر نظر مسئول واحد فعالیت نموده و اطلاعات و گزارش ها، در قالب فرم های مصوب واحد، جمع آوری و ارسال می گردد.

۹-۳. تجهیزات و امکانات آموزشی و کمک آموزشی

۹-۳-۱. حداقل تجهیزات مورد نیاز واحد شامل یک دستگاه کامپیوتر با تجهیزات جانبی، خط تلفن آزاد، یک دستگاه تلفن، سیم کارت و تبلت جهت پیگیری بیماران و اختصاص اینترنت جهت ارتباط با بیماران از طریق فضای مجازی است.
۹-۳-۲. تامین تجهیزات اداری و آموزشی، ابزارهای کمک آموزشی و رسانه های آموزشی ضروری است.
تبصره: جهت برگزاری جلسات آموزش گروهی، کلاس یا سالن کنفرانس در نظر گرفته شود.

۱۰- فرآیند ارائه خدمت / گام های اجرایی در واحد

۱۰-۱. نحوه ارجاع به واحد و مستندات پرونده بیمار

۱۰-۱-۱. پس از انجام مراحل ترخیص از بخش بستری و تکمیل آموزش های لازم و تخصصی که از بدو بستری در بخش، توسط پرستار مسئول و پزشک معالج ارائه شده، اطلاعات کودک توسط سرپرستار مربوطه به واحد، ارسال می شود.
۱۰-۱-۲. به منظور کم شدن الزام تردد کودک در واحدهای مختلف بیمارستان، بهتر است فرایند ارجاع وی به واحد، قبل از تکمیل فرایند ترخیص، در HIS بیمارستان ثبت و شماره پیگیری و شماره تماس واحد به خانواده پیامک شود و یا فیزیک مدارک و مستندات لازم، تحویل گردد تا فقط در صورت ضرورت، مراجعه حضوری صورت گیرد.
۱۰-۱-۳. ارجاع کودک به واحد، با استفاده از فرم ارجاع (فیزیکی / الکترونیک) از بخش های بستری می باشد.
۱۰-۱-۴. در فرم ارجاع پزشک باید خلاصه ای از درمان های انجام شده، دستورات پزشک و نیازهای آموزشی کودک و خانواده که توسط پزشک شناسایی شده، قید گردد.
تبصره: حداقل اطلاعات مندرج در خلاصه پرونده کودک شامل شکایت اصلی، علت پذیرش / بستری، تشخیص اولیه و نهایی، اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایش ها و پاراکلینیک، فهرستی از خدمات ارائه شده، داروها، سیر بیماری، وضعیت هنگام ترخیص و توصیه های پس از ترخیص باشد.
۱۰-۱-۵. اطلاعات کودکان معرفی شده به واحد در فرم های مربوطه، بسته به شرایط بیمارستان، در HIS یا به صورت الکترونیک / دستی ثبت می گردد.
۱۰-۱-۶. پرونده آموزشی و پیگیری کودکان و نوزادان معرفی شده به واحد به صورت الکترونیک / دستی تکمیل می گردد.
تبصره: پرونده کودک شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی، نیازسنجی آموزشی بیمار، عناوین اصلی آموزش داده شده، ارزشیابی یادگیری، پیگیری، مواد آموزشی ارائه شده به کودک و خانواده و ارجاع کودک به سایر مراکز (در صورت نیاز) می باشد.
۱۰-۱-۷. لازم است برنامه های مدون آموزشی جهت بیماری های شایع هر منطقه توسط پرستار واحد، اجرا گردد.

۱۰-۲. کودکان گروه هدف

۱۰-۲-۱. مشمولین دریافت خدمات آموزش و پیگیری در این دستورالعمل، کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱، صرع و سرطان و نیز، نوزادان نیازمند مراقبت های ویژه (پیوست های ۴-۱) ارجاع/ معرفی شده از بخش های بستری می باشند.

تبصره ۱: بیمارستان با توجه به ظرفیت، سیاست های داخلی و نظر پزشکان معالج، می تواند بر اساس دستورالعمل مشخص و مدون، به کودکان مبتلا به سایر بیماری ها بر اساس پرسشنامه و سطح بندی های مشخص و مورد تایید، خدمات آموزشی و پیگیری ارائه نماید.

تبصره ۲: پرسشنامه و سطح بندی های تهیه شده توسط بیمارستان، باید به تایید اساتید گروه پزشکی و گروه پرستاری مرتبط در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه/ دانشکده برسد.

۱۰-۲-۲. پرسشنامه های مربوطه (پیوست های ۴-۱) از طریق مصاحبه تلفنی با کودک ترخیصی و یکی از افراد خانواده/ مراقب کودک در منزل، بر اساس نوع بیماری جهت پیگیری، تکمیل می گردد.

۱۰-۲-۳. سطح بندی و تعیین تواتر پیگیری کودکان بر اساس فرم های سطح بندی (پیوست های ۷-۵) انجام می شود.

تبصره: سطح بندی در نوزادان نیازمند مراقبت های ویژه، پس از نهایی شدن به دانشگاه/ دانشکده ها ارسال می گردد.

۱۰-۲-۴. مستندات مرتبط با اقدامات انجام شده در فرم های مربوطه ثبت می شود.

۱۰-۲-۵. یک نسخه از خلاصه پرونده، در پرونده بیمار نزد پرستار واحد، تا زمان راه اندازی برنامه در بستر HIS و الکترونیک سازی خدمات واحد، بایگانی می گردد.

تبصره: ثبت و نگهداری پرونده بیمار تا زمان راه اندازی برنامه در بستر HIS و الکترونیک سازی خدمات واحد، با همکاری واحد مدارک پزشکی بیمارستان و با رعایت استانداردهای مربوطه، انجام می شود.

۱۰-۳. تواتر آموزش و پیگیری کودک

۱۰-۳-۱. تواتر پیگیری بر اساس نوع بیماری طی سه روز بعد از ترخیص شروع و بر اساس نظر پزشک معالج یا به شرح ذیل تعیین می گردد:

۱۰-۳-۲. در کودکانی که هنگام تکمیل فرم پیگیری، هیچ یک از علایم و هشدارهای اصلی وجود نداشته باشد، پیگیری در ماه اول هر دو هفته یکبار و از آن به بعد ماهانه/ فصلی حداکثر تا یک سال انجام می شود.

۱۰-۳-۳. در صورتی که تواتر آموزش و پیگیری کودک توسط پزشک معالج تعیین شده باشد، تواتر و چگونگی آموزش و پیگیری وی، بر اساس دستور کتبی پزشک انجام شود.

۱۰-۳-۴. در صورتی که تواتر آموزش و پیگیری تعیین شده توسط پزشک، جهت رساندن کودک و خانواده به سطح مطلوب خود مراقبتی کافی نباشد، بر اساس تشخیص پرستار واحد، آموزش و پیگیری می تواند تا زمان حصول اطمینان از توانایی کودک و خانواده، تداوم یابد.

۱۱- فرآیند ارزشیابی واحد

۱۱-۱. گزارش عملکرد واحد

۱۱-۱. جمع بندی، تحلیل و ارسال نتایج خدمات ارائه شده در واحد شامل تحلیل نقاط قوت، نقاط قابل ارتقا و اقدامات اصلاحی، در پایان هر فصل به مدیر خدمات پرستاری بیمارستان جهت ارسال به مدیریت پرستاری دانشگاه انجام می گردد.

۱۱-۲. تکمیل فایل اکسل مربوط به شاخص های ارزشیابی، به صورت فصلی (هر سه ماه یکبار) توسط بیمارستان ها و ارسال به دفتر پرستاری ستاد دانشگاه/ دانشکده ضرورت دارد.

۱۱-۳. جمع بندی، تجمیع، تحلیل و ارسال نتایج خدمات ارائه شده در واحد های مستقر در بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه/ دانشکده در دو نوبت (یک نوبت، شش ماهه اول سال و یک نوبت، عملکرد کل سال) توسط دفتر پرستاری ستاد دانشگاه/ دانشکده تا زمان الکترونیک سازی خدمات واحد، از طریق تکمیل فایل اکسل به معاونت پرستاری وزارت متبوع ارسال می گردد.

۱۱-۲. پایش و ارزشیابی واحد

۱۱-۲-۱. ارزشیابی واحد توسط دفتر پرستاری ستاد دانشگاه/ دانشکده از طریق چک لیست ابلاغی معاونت پرستاری (پیوست ۸) انجام می گردد.

۱۱-۲-۲. هر دانشگاه/ دانشکده با توجه به تعداد بیمارستان های تحت پوشش خود، چک لیست ارزشیابی واحد را حداقل یک بار در هر فصل و در دانشگاه های بیشتر از هشت بیمارستان، حداقل یکبار در سال، تکمیل نماید.

۱۱-۲-۳. تعیین اثربخشی فعالیت های واحد، با مشارکت واحد بهبود کیفیت، واحد آمار و برنامه ریزی بیمارستان انجام شود.

۱۱-۲-۴. در جهت ارتقای شاخص های واحد، ضروری است دفتر پرستاری ستاد دانشگاه/ دانشکده نسبت به ارائه گزارش تحلیلی واحد به مبادی ذیربط اقدام نماید.

۱۲- شاخص های ارزشیابی

در راستای ارزشیابی خدمات ارائه شده در واحد، شاخص های طراحی شده به شرح ذیل اعلام می گردد. شناسنامه شاخص ها در قالب پیوست ۹ ارائه شده است.

۱۲-۱. درصد کودکان ترخیصی که در بازه زمانی یک ماهه پس از ترخیص نیاز به بستری مجدد مرتبط با بیماری پیدا نمودند.

۱۲-۲. درصد تعداد مراجعات برنامه ریزی نشده مرتبط با بیماری در بیماران ترخیصی به اورژانس یا درمانگاه (همان بیمارستان یا سایر مراکز درمانی)

۱۲-۳. درصد رضایتمندی خانواده کودکان ترخیصی از خدمات واحد

۱۲-۴. درصد کودکان پیگیری شده توسط واحد

۱۳- نکات قابل توجه جهت تکمیل فایل اکسل گزارش عملکرد واحد:

- ۱-۱۲. به عنوان درج شده بر روی شیت های فایل اکسل توجه شود تا از مرتبط بودن عدد شاخص های ثبت شده با عنوان شاخص، اطمینان حاصل گردد.
- ۲-۱۲. تعداد پیگیری های انجام شده در هر بیماری در شاخص های اول تا سوم، با تعداد کودکان پیگیری شده در هر بیماری در شاخص ۴ (تعداد پیگیری های انجام شده به کل ترخیصی های انجام شده در بیماری های منتخب/ بیماری های مد نظر بیمارستان) یکسان باشد.
- ۳-۱۲. تعداد موارد بستری مجدد، رضایتمندی از خدمات و مراجعات برنامه ریزی نشده صرفاً در خانواده کودکان پیگیری شده (نه تمام ترخیصی های بیمارستان) انجام می شود.
- ۴-۱۲. کودکان مورد پیگیری در هر بیماری، بایستی با تشخیص قطعی همان بیماری، ترخیص شده باشند.
- ۵-۱۲. تعداد پیگیری ثبت شده نبایستی از تعداد ترخیصی های همان بیماری، بیشتر باشد.
- ۶-۱۲. کودکانی در شاخص بستری مجدد محاسبه می شوند که در بازه زمانی یک ماه پس از ترخیص، صرفاً به دلیل پیشرفت، عود و یا عوارض ناشی از همان بیماری بستری شده باشند.
- ۷-۱۲. جمع کل هر ستون در انتهای هر شیت، محاسبه و ثبت گردد.
- ۸-۱۲. انتخاب بیماری های مورد نظر در هر بیمارستان بر اساس فراوانی آن بیماری در آن بیمارستان بوده و نیازی به انجام پیگیری در تمام ۴ بیماری منتخب در هر بیمارستان نمی باشد.
- ۹-۱۲. اولویت پیگیری با بیماری های منتخب مندرج در دستورالعمل است.
- ۱۰-۱۲. ضروری است بیمارستان و دانشگاه/ دانشکده در پایان هر فصل شاخص های محاسبه شده را بررسی و نقاط قوت و ضعف، چالش ها، فرصت ها و تهدیدهای پیش رو را احصا و در جهت رفع و ارتقای آنها اقدامات لازم را معمول نماید.

این دستورالعمل مشتمل بر ۱۳ ماده، ۱۵ تبصره و ۹ پیوست تدوین و از تاریخ ابلاغ در تمامی بیمارستان ها و مراکز درمانی دولتی و غیر دولتی تخصصی کودکان و یا بیمارستان های دارای بخش های بستری کودکان لازم الاجرا می باشد.

پیوست ها

پیوست ۱

کودک مبتلا به دیابت نوع ۱

| | | |
|---|---|--|
| الف- اطلاعات کودک و خانواده | | |
| نام و نام خانوادگی: | نام پدر: | سن (سال/ ماه): |
| تاریخ ترخیص: | | |
| کد ملی: | فرد مصاحبه شونده: والدین <input type="checkbox"/> همراه/ مراقب <input type="checkbox"/> نام همراه/ مراقب: | تحصیلات مصاحبه شونده: |
| شماره تماس پدر: | شماره تماس مادر: | شماره تماس مراقب بیمار: |
| محل سکونت کودک: | منزل شخصی <input type="checkbox"/> مراکز نگهداری <input type="checkbox"/> | سایر ذکر شود: |
| ب- اطلاعات بالینی | | |
| تشخیص بیماری: | تاریخ بستری: | تعداد روزهای بستری در بیمارستان: |
| سن شروع بیماری: | مدت زمان ابتلا به دیابت ماه/ سال: | حساسیت: دارد: <input type="checkbox"/> ندارد: <input type="checkbox"/> |
| حساسیت به دارو ها با ذکر نام: | حساسیت به عوامل محیطی با ذکر نام: | |
| حساسیت به مواد غذایی با ذکر نام: | سابقه دیابت در والدین دارند <input type="checkbox"/> ندارند <input type="checkbox"/> | در صورت پاسخ دارد، کدام والد، ذکر شود: |
| نسبت والدین: غیر منسوب <input type="checkbox"/> منسوب <input type="checkbox"/> | نسبت والدین در والدین منسوب، ذکر شود: | |
| ج- بررسی وضعیت جسمی کودک | | |
| سایر بیماری های مزمن: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد | 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-عروقی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/> سایر: | در مورد بیماری چه اقدامی انجام داده است؟ ۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند <input type="checkbox"/> ۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند <input type="checkbox"/> ۳- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند <input type="checkbox"/> ۴- خود درمانی انجام می دهد <input type="checkbox"/> ۵- اقدامی انجام نداده است <input type="checkbox"/> |
| د- بررسی زخم دیابتیک | | |
| زخم دیابتیک: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> تعیین درجه زخم: درجه یک <input type="checkbox"/> درجه دو <input type="checkbox"/> درجه سه <input type="checkbox"/> درجه چهار <input type="checkbox"/> درجه ۱) پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد درجه ۲) تاول، خراشیدگی، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم درجه ۳) فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا 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 | | |
| در صورت پاسخ بلی در زخم دیابتیک، چه اقدامی انجام شده است؟ توضیح دهید. | | |
| ه- بررسی وضعیت روانی و عملکردی بیمار | | |
| اختلال روانی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> معلولیت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع معلولیت ذکر شود: | | |
| در صورت مصرف دارو، نام دارو: | | |
| و- علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه | | |
| 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"/> 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 علائم ذکر شود: | |
| عوارض دیررس دیابت: نوروپاتی (بی حسی، کرختی، التهاب) <input type="checkbox"/> رتینوپاتی <input type="checkbox"/> زخم پای دیابتی <input type="checkbox"/> اختلال حرکتی <input type="checkbox"/> | |
| ز-تواتر پیگیری | |
| توجه: تواتر پیگیری یا بر اساس دستور پزشک معالج و یا بر اساس علائم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه توسط پرستار پیگیری تعیین می شود. سه روز بعد از ترخیص <input type="checkbox"/> هفته ای دوبار <input type="checkbox"/> هفته ای یکبار <input type="checkbox"/> ماهی دو بار <input type="checkbox"/> ماهی یکبار <input type="checkbox"/> سایر ذکر شود: | |
| ح- بررسی وضعیت خود مراقبتی کودک/ خانواده (این قسمت در هر بار پیگیری تلفنی پرسیده و تکمیل می شود) | |
| ۱- علائم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۲ علامت خطر را نام ببرد) |
| ۲- دارو های مورد استفاده را نام می برد. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (نام دارو ها را بگوید) |
| ۳- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر توصیه به استفاده از جعبه قرص شود |
| ۴- راهکارهای پیشگیری و مدیریت کمای دیابتیک را می داند. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| ۵- رژیم غذایی مناسب را می داند. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده؟ |
| ۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب را می داند. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر چه اقدامی انجام داده است |
| ۷- از خدمات توانبخشی و بازتوانی استفاده می کند. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بلی، چه نوع خدماتی فیزیوتراپی <input type="checkbox"/> گفتار درمانی <input type="checkbox"/> کاردرمانی <input type="checkbox"/> ورزش <input type="checkbox"/> سایر موارد ذکر شود: |
| ۸- علائم 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 اینکه آیا افت قند خون به علت داروی مصرفی بوده است؟) |
| ۹- در صورت مصرف انسولین، نکات مراقبتی (روش نگهداری، تزریق، زمان استفاده، عوارض، روش های پیشگیری از هایپوگلیسمی و لیپودیستروفی ناشی از آن) را می داند. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| ۱۰- پایش 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). | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ خیر، دلیل عدم انجام آن را بیان نماید. |
| ۱۱- کودک می تواند انسولین را تزریق کند. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| ۱۲- آیا تاکنون در کلاس های آنلاین انجمن گابریک شرکت کرده اند. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چند بار؟ |
| ۱۳- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/کلینک نورولوژی / مطب پزشک مربوطه را می داند. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| ۱۴- اقدامات لازم در صورت بروز علائم خطر را بیان می کند. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۵ اقدام را نام ببرد) |
| ۱۵- نحوه ی مراقبت از زخم دیابتیک را می داند. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، چه اقدامی انجام داده اید، ذکر شود. |
| ۱۶- دستورات/ پیشنهادهای پزشک یا پرستار را اجرا کرده است. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ خیر، علت ذکر شود. |
| ۱۷- کودک از زمان ترخیص تا کنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده یا در بیمارستان بستری شده است. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته و یا بستری شده است؟ علت مراجعه/ بستری مجدد ذکر شود: |
| ۱۸- کودک در مقایسه با زمان ترخیص، احساس بهبودی دارد. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ خیر، علت ذکر شود. |

| | |
|---|---|
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، نوع مشکل / عارضه ذکر شود | ۱۹- از زمان ترخیص تا کنون برای کودک مشکلی پیش آمده است یا دچار عوارض جسمی ناشی از بیماری شده است. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی، ذکر شود. | ۲۰- در مورد مشکل جدید، اقدامی انجام شده است. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر دلایل ذکر شود | ۲۱- خانواده، علاقه / رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد. |

ط- بررسی آزمایش ها و داروهای بیمار

تاریخ و نتیجه آخرین آزمایش / آزمایش ها شامل FBS و HbA^{1c} ذکر شوند.

بیمار داروی دیابت استفاده می نماید: بله خیر داروهای مورد استفاده بیمار را ذکر کنید:

ی- ارزیابی

نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطه: دارو فعالیت علایم هشدار دهنده خودمراقبتی

| امضا | نام پرستار | 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"/> | |

نکات مورد توجه

- ضروری است قبل از تکمیل پرسشنامه، از مراقب کودک بخواهید تمام داروهای را که استفاده می کند اعم از داروهای که در زمان ترخیص تجویز شده و داروهای که خودش بدون نسخه تهیه کرده (از جمله ویتامین ها و داروهای گیاهی)، در دسترس او باشد.
- در هر مورد (بررسی وضعیت جسمی / پرسشنامه) که مراقب کودک، اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به زبان ساده به او داده و سپس بازخورد گرفته شود.
- از کودک و مراقب وی بخواهید هر سؤالی که دارد از شما بپرسد و این اطمینان را به بدهید که شما به طور کامل پاسخگو هستید.
- شماره تماسی در اختیار مراقب کودک قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در هر زمان از شما بپرسد.
- شروع پیگیری کودک طی سه روز اول پس از ترخیص و بر اساس تواتر مشخص شده، می باشد.
- اگر کودک 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.

پیوست ۲ کودک مبتلا به صرع

| | | |
|--|--|--|
| الف - اطلاعات کودک و خانواده | | |
| نام و نام خانوادگی: | نام پدر: | سن (سال/ ماه): |
| کد ملی: | فرد مصاحبه شونده: والدین <input type="checkbox"/> همراه/ مراقب <input type="checkbox"/> نام همراه/ مراقب: | تحصیلات مصاحبه شونده: |
| شماره تماس پدر: | شماره تماس مادر: | شماره تماس مراقب بیمار: |
| محل سکونت کودک: | منزل شخصی <input type="checkbox"/> مراکز نگهداری <input type="checkbox"/> سایر ذکر شود: | |
| ب- اطلاعات بالینی | | |
| تشخیص بیماری: | تاریخ بستری: | تعداد روزهای بستری در بیمارستان: |
| سن شروع بیماری: | مدت زمان ابتلا به صرع (ماه/ سال): | حساسیت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> |
| علت ایجاد بیماری: حساسیت به دارو ها با ذکر نام: | حساسیت به عوامل محیطی با ذکر نام: | |
| حساسیت به مواد غذایی با ذکر نام: | بازه زمانی بین حملات صرع: روزانه <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> | تعداد دفعات حملات صرع در هر بازه زمانی ذکر شود: |
| ج- بررسی وضعیت جسمی کودک | | |
| در صورت بلی، چه مشکلی؟ | در مورد بیماری چه اقدامی انجام داده است؟ | سایر بیماری های مزمن: |
| دیابت <input type="checkbox"/> میزان آخرین قند خون کنترل شده: | ۱- تحت نظر پزشک است و دارو مصرف نمی کند <input type="checkbox"/> | دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> |
| فشارخون <input type="checkbox"/> میزان آخرین فشارخون کنترل شده: | ۲- داروهای تجویز شده پزشک را مصرف می کند <input type="checkbox"/> | |
| کلیوی <input type="checkbox"/> قلبی-عروقی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/> سایر: | ۳- از روش های طب مکمل و سنتی استفاده می کند <input type="checkbox"/> | |
| | ۴- خود درمانی انجام می دهد <input type="checkbox"/> | |
| | ۵- اقدامی انجام نداده است <input type="checkbox"/> | |
| د- بررسی وضعیت روانی و عملکردی کودک | | |
| اختلال روانی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> معلولیت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع معلولیت ذکر شود: | در صورت مصرف دارو، نام دارو: | |
| ه- علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه | | |
| اختلال تکلم <input type="checkbox"/> اختلال شنوایی <input type="checkbox"/> اختلال بلع <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> یبوست <input type="checkbox"/> بی اختیاری مدفوع <input type="checkbox"/> بی اختیاری ادرار <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> ادرار قطره قطره <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"/> بی اشتها <input type="checkbox"/> بی خوابی <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> تهوع استفراغ <input type="checkbox"/> عفونت <input type="checkbox"/> فقدان یا کاهش سطح هوشیاری <input type="checkbox"/> تغییرات تنفس <input type="checkbox"/> عدم پاسخگویی به تحریکات بیرونی <input type="checkbox"/> اختلال حافظه: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> | | |
| و- تواتر پیگیری | | |
| توجه: تواتر پیگیری یا بر اساس دستور پزشک معالج و یا بر اساس علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه توسط پرستار پیگیری تعیین می شود. | | |
| سه روز بعد از ترخیص <input type="checkbox"/> هفته ای دوبار <input type="checkbox"/> هفته ای یکبار <input type="checkbox"/> ماهی دو بار <input type="checkbox"/> ماهی یکبار <input type="checkbox"/> سایر ذکر شود: | | |
| ز- بررسی وضعیت خود مراقبتی کودک/ خانواده (این قسمت در هر بار پیگیری تلفنی پرسیده و تکمیل می شود) | | |
| ۱- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۲ علامت خطر را نام ببرد). | |
| ۲- دارو های مورد استفاده را نام می برد. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (نام دارو ها را بگوید). | |
| ۳- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر توصیه به استفاده از جعبه قرص شود. | |

| | |
|---|--|
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | ۴- راهکارهای پیشگیری و مدیریت صرع را می داند. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | ۵- رژیم غذایی مناسب خود را می داند. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | در صورت استفاده از رژیم کتوژنیک، از مراقبت های لازم مطلع است؟ |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | در صورت خیر در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده؟ |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | ۶- ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب خود را می داند. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | ۷- بیمار از خدمات توانبخشی و بازتوانی استفاده می کند. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | ۸- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/کلینیک نورولوژی / مطب پزشک مربوطه را می داند. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | ۹- اقدامات لازم در صورت بروز علائم خطر را بیان می کند. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | ۱۰- علائم تشدید بیماری (فقدان هوشیاری، کاهش سطح هوشیاری، سفید شدن چشم ها (فقط سفیدی چشم دیده می شود)، قرمز یا آبی شدن رنگ صورت، تغییر در تنفس، قفل شدن بازوها، پاها و کل بدن، حرکات جهشی در بازوها، پاها، بدن و یا سر، عدم قابلیت کنترل حرکات، عدم پاسخگویی به تحریکات بیرونی) را می داند. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | در صورت خیر، چه اقدامی انجام داده اید، ذکر شود: |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | ۱۱- دستورات/ پیشنهادهای پزشک یا پرستار را اجرا کرده است. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | در صورت بله، علت ذکر شود: |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | ۱۲- کودک از زمان ترخیص تا کنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده یا در بیمارستان بستری شده است. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | در صورت بله، چند بار مراجعه داشته و یا بستری شده است: |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | علت مراجعه/ بستری مجدد ذکر شود: |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | ۱۳- کودک در مقایسه با زمان ترخیص، احساس بهبودی دارد. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | در صورت بله، علت ذکر شود: |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | ۱۴- از زمان ترخیص تا کنون برای بیمار مشکلی پیش آمده است یا بیمار دچار عوارض جسمی ناشی از بیماری شده است. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | در صورت بله، نوع مشکل/ عارضه ذکر شود: |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | ۱۵- در مورد مشکل جدید، اقدامی انجام داده است. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | در صورت بله، چه اقدامی، ذکر شود: |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | ۱۶- خانواده علاقه/ رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | در صورت خیر دلایل ذکر شود: |

ح- بررسی آزمایش ها و داروهای کودک

تاریخ آخرین نوار مغزی: نتیجه نوار مغزی ذکر شود:

ط- ارزیابی

نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطة: دارو فعالیت علایم هشدار دهنده خودمراقبتی

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

نکات مورد توجه

- ضروری است قبل از تکمیل پرسشنامه، از مراقب کودک 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 (از جمله ویتامین ها و داروهای گیاهی)، در دسترس او باشد.
- در هر مورد (بررسی وضعیت جسمی / پرسشنامه) که مراقب کودک، اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به زبان ساده به او داده و سپس بازخورد گرفته شود.
- از کودک و مراقب وی بخواهید هر سؤالی که دارد از شما بپرسد و این اطمینان را به بدهید که شما به طور کامل پاسخگو هستید.
- شماره تماسی در اختیار مراقب کودک قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در هر زمان از شما بپرسد.
- شروع پیگیری کودک طی سه روز اول پس از ترخیص و بر اساس تواتر مشخص شده، می باشد.
- اگر کودک 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.

پیوست ۳ کودک مبتلا به سرطان

| | |
|--|---|
| الف. اطلاعات کودک و خانواده | |
| نام و نام خانوادگی: | نام پدر: سن (سال / ماه): تاریخ ترخیص: |
| کد ملی: | فرد مصاحبه شونده: والدین <input type="checkbox"/> همراه/ مراقب <input type="checkbox"/> نام همراه/ مراقب: تحصیلات مصاحبه شونده: |
| شماره تماس پدر: | شماره تماس مادر: شماره تماس مراقب بیمار: |
| محل سکونت کودک: | منزل شخصی <input type="checkbox"/> مراکز نگهداری <input type="checkbox"/> سایر ذکر شود: |
| ب. اطلاعات بالینی | |
| نوع سرطان: | تعداد روزهای بستری در بیمارستان: حساسیت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> |
| حساسیت به داروها: | دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> با ذکر نام: مواد غذایی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> با ذکر نام: |
| عوامل محیطی: | دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> با ذکر نام: سایر: |
| ج. بررسی وضعیت جسمی نوزاد | |
| 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"/> | |
| سایر بیماری های مزمن: | 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 - عروقی <input type="checkbox"/> ریوی <input type="checkbox"/> سایر: |
| دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> | در مورد این بیماری چه اقدام/ اقدام هایی 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. |
| زخم بستری: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> درجه بندی: در صورت پاسخ بلی، چه اقدامی انجام شده: تعیین درجه زخم بستری: درجه یک <input type="checkbox"/> درجه دو <input type="checkbox"/> درجه سه <input type="checkbox"/> درجه چهار <input type="checkbox"/> درجه ۱ (پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد) درجه ۲ (تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم) درجه ۳ (فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا) 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) | |
| د- بررسی وضعیت روانی | |
| 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: | |
| 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: | |
| ه- علایم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه | |
| 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"/> 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"/> ریزش مو <input type="checkbox"/> مشکلات پوستی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> عفونت <input type="checkbox"/> نوتروپنی <input type="checkbox"/> سایر: | |
| و- تواتر پیگیری | |
| طی سه روز بعد از ترخیص <input type="checkbox"/> هر هفته یکبار <input type="checkbox"/> هر دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> ماهی یکبار <input type="checkbox"/> سایر: | |
| ز- بررسی وضعیت عمومی و خود مراقبتی کودک/ خانواده (این قسمت در هر بار پیگیری تلفنی پرسیده شود) | |
| ۱- علایم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت را نام ببرد.) |

| | |
|--|---|
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (نام داروها را بگوید.) | ۲- داروهای مورد استفاده را نام می برد. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت خطر را نام ببرد.) | ۳- علایم خطر مرتبط با بیماری، درمان ها یا داروها را نام می برد. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت پاسخ خیر، توصیه به استفاده صحیح و طبق دستور پزشک و استفاده از جعبه قرص شود.) | ۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در خصوص مشاوره تغذیه چه اقدامی انجام داده است؟ | ۵- رژیم غذایی مناسب مناسب را می داند. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، در این خصوص (مشاوره و...) چه اقدامی انجام داده است؟ | ۶- 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؟ | ۷- راهکارهای پیشگیری و مدیریت درد را می داند (در صورت وجود درد). |
| 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. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، چه اقدامی جهت یاد آوری انجام داده است؟ | ۹- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/مطب پزشک مربوطه را می داند. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۵ مورد را نام ببرد.) | ۱۰- اقدامات لازم در صورت بروز علایم خطر را بیان می کند. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۳ علامت بهبودی را نام ببرد.) | ۱۱- در مقایسه با زمان ترخیص بهتر شده است. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بلی، چه نوع خدماتی فیزیوتراپی <input type="checkbox"/> گفتار درمانی <input type="checkbox"/> کاردرمانی <input type="checkbox"/> ورزش <input type="checkbox"/> سایر موارد ذکر شود: | ۱۲- کودک از خدمات توانبخشی و بازتوانی استفاده می کند. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته است؟ علت مراجعه: | ۱۳- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با بیماری به اورژانس مراجعه کرده است. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چه مشکلی؟ | ۱۴- از زمان ترخیص برای کودک مشکل جدیدی پیش آمده است. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه اقدامی؟ | ۱۵- در مورد مشکل جدید اقدامی انجام داده است. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | ۱۶- از زمان ترخیص تا کنون در رابطه با مشکل فعلی در بیمارستان بستری شده است. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر، دلایل ذکر شود: | ۱۷- خانواده علاقه/رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد. |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | ۱۸- بیمار دستورات/پیشنهادها قبل مشاوره تلفنی را اجرا کرده است. |
| ح- ارزیابی | |
| نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطه: دارو <input type="checkbox"/> فعالیت <input type="checkbox"/> علایم هشدار دهنده <input type="checkbox"/> خودمراقبتی <input type="checkbox"/> | |

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

نکات مورد توجه

- ضروری است قبل از تکمیل پرسشنامه، از مراقب کودک 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 (از جمله ویتامین ها و داروهای گیاهی)، در دسترس او باشد.
- در هر مورد (بررسی وضعیت جسمی/ پرسشنامه) که مراقب کودک، اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به زبان ساده به او داده و سپس بازخورد گرفته شود.
- از کودک و مراقب وی بخواهید هر سؤالی که دارد از شما بپرسد و این اطمینان را به بدهید که شما به طور کامل پاسخگو هستید.
- شماره تماسی در اختیار مراقب کودک قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در هر زمان از شما بپرسد.
- شروع پیگیری کودک طی سه روز اول پس از ترخیص و بر اساس تواتر مشخص شده، می باشد.
- اگر کودک 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.

پیوست ۴

نوزاد نیازمند مراقبت های ویژه

| | |
|---|---|
| الف- اطلاعات نوزاد و خانواده | |
| نام و نام خانوادگی: | نام پدر: سن (روز/ ماه): تاریخ ترخیص: |
| کد ملی: | فرد مصاحبه شونده: والدین <input type="checkbox"/> همراه/ مراقب <input type="checkbox"/> نام همراه/ مراقب: تحصیلات مصاحبه شونده: |
| شماره تماس پدر: | شماره تماس مادر: شماره تماس مراقب نوزاد: |
| ب- اطلاعات بالینی | |
| تشخیص بیماری: | تعداد روزهای بستری در بیمارستان: سن شروع بیماری: |
| حساسیت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> | حساسیت به داروها: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ذکر نام: |
| حساسیت به عوامل محیطی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ذکر نام: | |
| حساسیت پوستی: دارد <input type="checkbox"/> برفک دهان <input type="checkbox"/> کاندیدیا <input type="checkbox"/> سوختگی در اندام ها یا در ناحیه ژنیتال <input type="checkbox"/> | |
| وزن تولد: | دور سر زمان تولد: قد زمان تولد: سن حاملگی (GA): تعداد تنفس: گروه خونی مادر: |
| نوع زایمان: طبیعی <input type="checkbox"/> سزارین <input type="checkbox"/> | گروه خونی نوزاد: |
| ناهنجاری بدو تولد: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> | در صورت پاسخ مثبت، نام آن ذکر شود: |
| زردی نوزادی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> | در صورت پاسخ مثبت، نوع و مدت زمان درمان ذکر شود: |
| انجام فتوتراپی بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | در صورت پاسخ مثبت، مدت زمان استفاده از دستگاه فتوتراپی ذکر شود: |
| دریافت آنتی بیوتیک: <input type="checkbox"/> نام آنتی بیوتیک: | |
| انجام جراحی: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | نوع جراحی ذکر شود: |
| پگ: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> | حمایت تنفسی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> هود: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> تراکیوستومی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> |
| معلولیت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> | نوع معلولیت ذکر شود: در صورت مصرف دارو، نام دارو: |
| ج- وضعیت تغذیه نوزاد | |
| نوع تغذیه: شیرمادر <input type="checkbox"/> شیر خشک <input type="checkbox"/> هر دو <input type="checkbox"/> سایر: | |
| روش تغذیه: مستقیم از سینه <input type="checkbox"/> گاواژ <input type="checkbox"/> شیشه <input type="checkbox"/> سایر موارد: | |
| فواصل شیردهی: | |
| د- عوامل خطر بارداری | |
| اعتیاد مادر: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نام مواد مصرفی: | |
| سابقه مشکل در فرزندان قبلی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، نوع مشکل ذکر شود: | |
| سابقه بیماری مادر: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، نام بیماری و داروهای مصرفی ذکر شود: | |
| ه- بررسی عوارض بستری روی نوزاد | |
| زخم بستر: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ بلی، چه اقدامی انجام شده است: | |
| تعیین درجه زخم بستر: درجه یک <input type="checkbox"/> درجه دو <input type="checkbox"/> درجه سه <input type="checkbox"/> درجه چهار <input type="checkbox"/> | |
| درجه ۱ (پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد) | |
| درجه ۲ (تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم) | |
| درجه ۳ (فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا) | |

درجه ۴ (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)

و-بررسی وضعیت غربالگری های نوزاد

معاینه چشم (زیر ۲۴ هفته یا وزن زیر ۲ کیلوگرم از نظر ROP): انجام شده انجام نشده توصیه پزشک بعد از معاینه اول:
 خونریزی داخل چشمی زیر ۲۴ هفته (IVH) بله خیر
 دریافت مکمل: بله خیر در صورت پاسخ مثبت، نوع مکمل مشخص شود:

شنوایی سنجی نوزادان با سن تولد زیر ۳۵ هفتگی: نوبت اول بدو تولد نوبت دوم ۳ ماهگی نوبت سوم ۶ ماهگی نوبت چهارم ۱۲ ماهگی
 شنوایی سنجی برای نوزادان با سن تولد بین هفته های ۳۵ تا ۳۶: نوبت اول بدو تولد نوبت دوم ۳ ماهگی نوبت سوم ۶ ماهگی
 وضعیت غربالگری تیروئید نوزادان با سن تولد زیر ۲۷ هفته: نوبت اول تا ۵ روزگی نوبت دوم ۱۲ روزگی نوبت سوم ۴۲ روزگی نوبت چهارم ۶۰ روزگی
 وضعیت غربالگری تیروئید برای نوزادان با وزن تولد زیر ۲۵۰۰ گرم: نوبت اول تا ۵ روزگی نوبت دوم ۱۲ روزگی

ز-تواتر پیگیری

توجه: تواتر پیگیری یا بر اساس دستور پزشک معالج و یا بر اساس علائم و نشانه ها در زمان تکمیل پرسشنامه توسط پرستار پیگیری تعیین می شود.
 سه روز بعد از ترخیص: هفته ای دوبار: هفته ای یکبار: ماهی دو بار: ماهی یکبار: سایر ذکر شود:

ح- بررسی وضعیت مراقبتی مادر یا مراقب نوزاد (این قسمت در هر بار پیگیری تلفنی پرسیده و تکمیل می شود)

| | |
|---|---|
| ۱- علائم و نشانه های مربوط به بیماری را نام می برد. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (حداقل ۲ علامت خطر را نام ببرد). |
| ۲- داروهای مورد استفاده و مکمل های نسخه شده نوزاد را نام می برد. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (نام دارو ها را بگوید). |
| ۳- علائم خطر مرتبط با بیماری، درمان یا داروها را نام می برد. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت خیر اقدامات و توصیه های لازم داده شود). |
| ۴- زمان و میزان مصرف داروها را به درستی بیان می کند. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| ۵- روش تغذیه صحیح (پوزیشن مادر و نوزاد روش صحیح گرفتن سینه در دست- دفعات و حجم شیردهی و روش مناسب شیردهی و..) | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ خیر، مشاوره/ آموزش های لازم داده شود. |
| ۶- وضعیت تنفسی نرمال نوزاد را می شناسد. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ خیر، اقدامات و مشاوره های لازم انجام شود. |
| ۷- وضعیت طبیعی دفع و اجابت مزاج نوزاد را می شناسد. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ خیر، اقدامات و مشاوره های لازم انجام شود. |
| ۸- میزان پوشش نوزاد را می داند و رعایت می کند. مراقبت از بند ناف نوزاد را می داند. زمان استحمام نوزاد را می داند. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ خیر، اقدامات و مشاوره های لازم انجام شود. |
| ۹- نمودار رشد نوزاد در محدوده طبیعی قرار دارد. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ خیر، اقدامات و مشاوره های لازم انجام شود. |
| ۱۰- زمان مراجعه بعدی/ویزیت دوره ای به درمانگاه/کلینک/ مطب پزشک/ غربالگری های لازم مربوطه را می داند. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| ۱۱- نوزاد از زمان ترخیص تا کنون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده یا در بیمارستان بستری شده است. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی، چند بار مراجعه داشته و یا بستری شده است: علت مراجعه/ بستری مجدد ذکر شود: |
| ۱۲- از زمان ترخیص تا کنون نوزاد دچار عوارض جسمی ناشی از بیماری (نظیر کولیک، اختلال خواب، اختلال اجابت مزاج، زردی، کاهش تن عضلانی، شلی و بی حالی) شده است. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، نوع عارضه ذکر شود: اقدامات انجام شده ذکر شود: |
| ۱۳- واکسیناسیون نوزاد در زمان مناسب انجام شده است. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ خیر، دلایل ذکر شود: |
| ۱۴- نوزاد به صورت منظم توسط مرکز بهداشت پایش شده است. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ خیر، دلایل ذکر شود: |

| | |
|---|--|
| ۱۵- بیمار دستورات/ پیشنهاد های پزشک یا پرستار را اجرا کرده است. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ خیر، علت ذکر شود: |
| ۱۶- مادر احساس می کند وضعیت نوزاد در مقایسه با زمان ترخیص بهبودی دارد. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ خیر، علت ذکر شود: |
| ۱۷- والدین/ مراقب نوزاد علاقه یا رضایت دارد که پیگیری تلفنی ادامه داشته باشد. | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت خیر دلایل ذکر شود: |

ط-ارزیابی

نیاز به آموزش مجدد در کدام حیطه: دارو فعالیت علایم هشدار دهنده خودمراقبتی غربالگری ها

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

نکات مورد توجه

- ضروری است قبل از تکمیل پرسشنامه، از مراقب نوزاد 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 (از جمله ویتامین ها و داروهای گیاهی)، در دسترس او باشد.
- در هر مورد (بررسی وضعیت جسمی/ پرسشنامه) که مراقب کودک، اطلاعات و آگاهی مورد نیاز را نداشت، بایستی آموزش ها به زبان ساده به او داده و سپس بازخورد گرفته شود.
- از مراقب نوزاد بخواهید هر سؤالی که دارد از شما بپرسد و این اطمینان را به بدهید که شما به طور کامل پاسخگو هستید.
- شماره تماسی در اختیار مراقب نوزاد قرار دهید تا بتواند سؤالات خود را در هر زمان از شما بپرسد.
- شروع پیگیری نوزاد طی سه روز اول پس از ترخیص و بر اساس تواتر مشخص شده، می باشد.
- اگر نوزاد 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.
- سطح بندی این گروه از نوزادان در اسرع وقت حضورتان ارسال می گردد.

پیوست ۵

سطح بندی کودک مبتلا به دیابت

| مداخلات پرستاری در واحد | سطح بندی کودک مبتلا به دیابت |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • تکرار آموزش برای کودک و خانواده • کنترل نحوه مصرف دارو توسط خانواده و اصلاح اشکالات • آموزش تغذیه و نکات کاربردی جهت رژیم غذایی مناسب • یاد آوری علائم هشدار به کودک و خانواده • تشویق کودک و خانواده به کنترل وزن روزانه و محدودیت سدیم و مایعات • شناسایی موانع تبعیت از درمان و مشکلات روانی احتمالی کودک | <p style="text-align: center;">ناحیه سبز/ ایمن: پیگیری در ماه اول دوبار در ماه و سپس ماهانه</p> <ul style="list-style-type: none"> • عدم وجود علائم هایپوگلیسمی • تبعیت از رژیم درمانی مناسب (تغذیه صحیح، تحرک، مصرف منظم انسولین) • نرمال بودن آزمایش های کلینیکال • HbA^{1c}: زیر ۷٫۵ تا ۹ درصد- سن ۵ تا ۱۱ سال ۶٫۵ تا ۸ درصد. بالای ۱۲ سال کمتر از ۷٫۵ درصد • FBS: زیر ۵ سال ۹۰ تا ۱۲۰- سن ۵ تا ۱۱ سال ۸۰ تا ۱۱۰- بالای ۱۲ سال ۸۰ تا ۱۰۰ • قند دو ساعت بعد از غذا: کمتر از ۵ سال زیر ۲۰۰- سن ۵ تا ۱۱ سال زیر ۱۸۰- بالای ۱۲ سال کمتر از ۱۶۰ • فشار خون متناسب با سن باشد. |
| <ul style="list-style-type: none"> • تاکید به کودک/ مراقب و یا خانواده وی در خصوص تماس با پزشک معالج بیمار و اطلاع دادن وضعیت بیمار به آن • گرفتن دستورات تلفنی از پزشک معالج • تدوین برنامه مراقبت بر اساس بررسی انجام شده و دستورات پزشک • اجرای برنامه مراقبت و دستورات پزشک و تجویز و تنظیم داروها • آموزش دستورات دارویی و رژیم غذایی به کودک و خانواده و آموزش تغییرات اعمال شده در دستورات پزشک | <p style="text-align: center;">ناحیه زرد/ هشدار: وجود یک تا دو مورد از علائم زیر- پیگیری هفته ای یکبار</p> <ul style="list-style-type: none"> • حداقل یکبار در هفته دچار علائم هایپو گلیسمی شود • عدم استفاده منظم از انسولین خود در طی هفته گذشته • متحمل شدن فشار و استرس در ۷۲ ساعت گذشته • HbA^{1c}: زیر ۵ سال ۹ تا ۱۰ درصد- سن ۵ تا ۱۱ سال ۸ تا ۱۰ درصد. بالای ۱۲ سال ۷٫۵ تا ۱۰ درصد • FBS: زیر ۵ سال بیشتر از ۱۲۰- سن ۵ تا ۱۱ بیشتر از ۱۱۰- بالای ۱۲ سال بیشتر از ۱۰۰ • فشار خون بیشتر از حد نرمال متناسب با سن • داشتن هر گونه عفونت |
| <ul style="list-style-type: none"> • آموزش اقدامات حمایتی جهت تثبیت وضعیت کودک • تماس با اورژانس و هماهنگی جهت انتقال کودک به بیمارستان | <p style="text-align: center;">ناحیه قرمز (اورژانس) یعنی وجود یکی از علائم زیر (پیگیری روزانه تا بستری در بیمارستان)</p> <ul style="list-style-type: none"> • بیشتر از یک بار در هفته دچار علائم حاد هایپوگلیسمی شود * دارای یکی از علائم هایپرگلیسمی باشد • HbA^{1c}: در محدوده بالای ۱۰ و یا کمتر از ۵ درصد باشد • FBS: محدوده ۲۰۰ به بالاتر * فشار خون بیشتر از حد نرمال متناسب با سن * وجود علائم بینایی مانند تاری دید * آزمایشات مختل مانند قند چربی- سیلیاک تیروئید- کلیه - کبد - Total - TTG Ab IGA - HbA^{1c} - FBS - urin alb Random - AST- AIT - Chol - TG - FT - TSH - IGA |

پیوست ۶

سطح بندی کودک مبتلا به صرع

| مداخلات پرستاری در واحد | سطح بندی کودک مبتلا به صرع |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • تکرار آموزش برای کودک و خانواده • کنترل نحوه مصرف دارو توسط خانواده و اصلاح اشکالات • آموزش تغذیه و نکات کاربردی جهت رژیم غذایی مناسب • یاد آوری علایم هشدار به کودک و خانواده • تشویق بیمار و خانواده به کنترل وزن روزانه و محدودیت سدیم و مایعات • شناسایی موانع تبعیت از درمان و مشکلات روانی احتمالی کودک | <p style="text-align: center;"><u>ناحیه سبز/ ایمن: پیگیری در ماه اول هر دو هفته یکبار و سپس ماهانه/ فصلی</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • هوشیاری کامل • عدم وجود علایم و نشانه های تشنج • نرمال بودن تصویر برداری مغز و EEG • نرمال بودن آزمایش ها • روند تکامل طبیعی همانند قبل از بیماری • *استفاده منظم از داروها |
| <ul style="list-style-type: none"> • تاکید به کودک/ مراقب و یا خانواده وی در خصوص تماس با پزشک معالج بیمار و اطلاع دادن وضعیت بیمار به آن • گرفتن دستورات تلفنی از پزشک معالج • تدوین برنامه مراقبت بر اساس بررسی انجام شده و دستورات پزشک • اجرای برنامه مراقبت و دستورات پزشک و تجویز و تنظیم داروها • آموزش دستورات دارویی و رژیم غذایی به کودک و خانواده و آموزش تغییرات اعمال شده در دستورات پزشک | <p style="text-align: center;"><u>ناحیه زرد/ هشدار: وجود یک تا دو مورد از علایم زیر- پیگیری هفته ای یکبار</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • مشاهده و یا بروز یک یا دو مورد از علایم حمله صرع مانند خیره شدن به یک نقطه، اسپاسم عضلانی، مورمور شدن، گشاد شدن مردمک، ضربان شدید قلب، تعریق و ... • طبیعی نبودن یک تا دو مورد از نتایج آزمایش ها مانند وجود عفونت، تست های کبدی و کلیوی • اختلال در روند تحصیلی کودکان بزرگتر • عدم استفاده منظم از داروها • بروز علایم جدید مانند راش پوستی و استفراغ |
| <ul style="list-style-type: none"> • آموزش اقدامات حمایتی جهت تثبیت وضعیت کودک • تماس با اورژانس و هماهنگی جهت انتقال کودک به بیمارستان | <p style="text-align: center;"><u>ناحیه قرمز (اورژانس) یعنی وجود یکی از علایم زیر (پیگیری روزانه تا بستری در بیمارستان)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • مشاهده هرگونه حرکات غیر طبیعی مثل پرش اندام ها، خیرگی چشم ها، کند شدن/ وقفه تنفسی، حرکات تند و سریع بازوها و پاها، سفید شدن بدن، از دست دادن هوشیاری و ... به ویژه به دنبال مصرف نادرست داروها • اختلال در روند تکامل یا پسرقت در روند تکامل مثلا بچه ای که قبل از بیماری راه می رفته و الان دیگر راه نمی رود • کم شدن فاصله ی زمانی/ افزایش تعداد حملات صرع • افزایش طول زمان حمله صرع |

پیوست ۷

سطح بندی کودک مبتلا به سرطان

| مداخلات پرستاری در واحد | سطح بندی کودک مبتلا به سرطان |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> آموزش کودک و خانواده متناسب با نیازهای آموزشی احصا شده و علایم هشدار دهنده یادآوری و آموزش علایم هشدار به کودک، خانواده یا مراقب | <p>ناحیه سبز / ایمن: پیگیری ماهانه</p> <ul style="list-style-type: none"> عدم وجود علایم هشدار دهنده مانند: عفونت، تب بالای ۳۷ درجه، موکوزیت درجه یک و ... تبعیت از برنامه درمانی و مراقبتی طراحی شده (تغذیه صحیح، تحرک کافی و مصرف منظم داروها) طبیعی بودن آزمایش های پاراکلینیکی عدم وجود علایم نوروپاتی عدم وجود درد یا درد خفیف، نداشتن بی قراری و تحریک پذیری *عدم وجود علایم گوارشی (تهوع، استفراغ، یبوست و اسهال) فعالیت فیزیکی طبیعی عدم وجود تنگی نفس در فعالیت متوسط مراجعه به موقع جهت انجام کارهای درمانی مانند انجام شیمی درمانی، آزمایش های روتین و .. |
| <ul style="list-style-type: none"> تاکید به کودک/مراقب یا خانواده در خصوص تماس با پزشک معالج بیمار و گزارش وضعیت بیمار به وی جهت اخذ دستورات تلفنی از پزشک معالج تدوین برنامه مراقبت براساس بررسی انجام شده و دستورات پزشک توسط پرستار واحد آموزش به کودک و خانواده متناسب با نیازهای آموزشی احصا شده و علایم هشدار دهنده توصیه اکید به انجام آزمایش ها مبتنی بر دستور پزشک پیگیری و بررسی جواب آزمایش های انجام شده | <p>ناحیه زرد/ هشدار: وجود یک تا دو مورد از علایم زیر- پیگیری در ماه اول: در هفته ی اول دوبار در هفته و سه هفته ی بعد هفته ای یکبار و پس از آن هر دو هفته یکبار</p> <ul style="list-style-type: none"> وجود یک مورد از علایم عفونت که به داروی خوراکی پاسخ دهد. موکوزیت درجه ۲ وجود علایم گوارشی تهوع و استفراغ حداکثر ۲ بار در روز و اسهال حداکثر یک بار در روز وجود درد و یک مورد از علایم عفونت پارستزی خفیف و مشکل در راه رفتن پلاکت بالاتر یا مساوی ۲۰ هزار بدون علامت و خونریزی هموگلوبین مساوی یا بیشتر از ۷ عدم برطرف شدن نوتروپنی در کمتر از ۷ روز (نوتروفیل بین $500 / mm^3$ تا 1000) عدم تبعیت از درمان در طی یک هفته گذشته وجود تب بالاتر از $37/7$ حداقل یک نوبت در مرحله بهبود بیماران مبتلا به ALL, NHL (Non-Hodgkin lymphoma) یا هر solid tumor دیگری |
| <ul style="list-style-type: none"> آموزش اقدامات حمایتی جهت تثبیت وضعیت کودک تماس با اورژانس و هماهنگی جهت انتقال کودک به بیمارستان | <p>ناحیه قرمز (اورژانس) یعنی وجود یکی از علایم زیر (پیگیری روزانه تا بستری در بیمارستان)</p> <ul style="list-style-type: none"> وجود علایم عفونت دو مورد یا بیشتر وجود خونریزی از دهان و رکتوم و کبودی در بدن نتایج غیرطبیعی آزمایش ها (آنمی، نوتروپنی طول کشیده بیشتر یا مساوی ۷ روز) // (وجود absolute neutrophil count (ANC) 500 تا 1000) و ترومبوسیتوپنی شدید، افزایش آنزیم های کبدی و شمارش مطلق نوتروفیل کمتر از $500 / mm^3$ موکوزیت درجه ۳ و ۴ وجود علایم نوروپاتی شدید عدم پاسخ به درمان احساس خستگی شدید سرفه همراه با افزایش تنگی نفس در فعالیت، تغییر در سرفه یا تولید خلط، سرفه ی غیر قابل کنترل، ویز، رال و کراکل وجود علایم توکسیک |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• وجود علائم گوارشی (تهوع، استفراغ، اسهال، یبوست و بی اشتهاپی)• افزایش تورم• درد شدید و بالاتر از ۷ در مقیاس VAS• وجود هر یک از علائم هشدار بیماری• اولیگوری (حجم ادرار کمتر از ۳۰ سی سی در هر ساعت) |
|--|--|

پیوست ۸- چک لیست ارزیابی واحد آموزش و پیگیری کودک بیمار و خانواده

دانشگاه علوم پزشکی

مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی

| ردیف | استاندارد ارزیابی | ابزار ارزیابی | بله | خیر |
|---|---|------------------|-----|-----|
| ۱ | بیمارستان دارای واحد آموزش و پیگیری بیمار مستقر و فعال می باشد. | مستندات و مشاهده | | |
| ۲ | فضای مستقلی برای واحد در نظر گرفته شده است. | مستندات و مشاهده | | |
| ۳ | واحد دارای تجهیزات استاندارد طبق دستورالعمل می باشد. | مستندات و مشاهده | | |
| ۴ | اطلاع رسانی و راهنمایی بیماران در مورد زمان، مکان و فعالیت واحد در سطح بیمارستان انجام شده است (پوستر، بنر، کلیپ و). | مستندات و مشاهده | | |
| ۵ | ابلاغ مسؤول واحد مستقر در بیمارستان صادر شده است. | مستندات و مشاهده | | |
| ۶ | دستورالعمل ارسالی معاونت پرستاری در محل واحد موجود می باشد. | مستندات و مشاهده | | |
| ۷ | برنامه واحد و ساعات فعالیت آن به تفکیک روزهای هفته در معرض عموم وجود دارد. | مستندات و مشاهده | | |
| ۸ | کارشناسان شاغل در واحد، واجد شرایط مندرج در دستورالعمل هستند. | مستندات و مشاهده | | |
| ۹ | فرایند ارجاع بیماران به واحد مشخص می باشد. | مستندات و مشاهده | | |
| ۱۰ | نیازهای آموزشی و مشاوره ای بیمار با استفاده از خلاصه پرونده بررسی و ثبت گردیده است. | مستندات و مشاهده | | |
| ۱۱ | برنامه های آموزشی برای بیماران، همراهان و مراجعین ارائه می شود. | مستندات و مشاهده | | |
| ۱۲ | اقدامات مرتبط با مناسبت های ملی و بین المللی پیشگیری و کنترل بیماری ها در واحد انجام می شود. | مستندات و مشاهده | | |
| ۱۳ | پیگیری بیماری ها (طبق دستورالعمل) با توجه به بیماران بستری در بیمارستان انجام می شود. | مستندات و مشاهده | | |
| ۱۴ | پرسش نامه های مربوط به پیگیری بیماران، به درستی تکمیل شده است. | مستندات و مشاهده | | |
| ۱۵ | هر بیمار پذیرش شده در واحد، دارای پرونده جداگانه کاغذی یا الکترونیک است. | مستندات و مشاهده | | |
| ۱۶ | تواتر پیگیری بر اساس شرایط بیمار تعیین و انجام گردیده است. | مستندات و مشاهده | | |
| ۱۷ | اقدامات و مداخلات انجام شده برای بیمار ثبت گردیده است. | مستندات و مشاهده | | |
| ۱۸ | جمع بندی و تحلیل داده ها و اقدامات انجام شده طبق شناسنامه شاخص ها به مدیر خدمات پرستاری بیمارستان ماهیانه ارائه می شود. | مستندات و مشاهده | | |
| ۱۹ | جمع بندی و تحلیل داده ها طبق شناسنامه شاخص ها به مدیریت پرستاری دانشگاه هر سه ماه ارائه می شود. | مستندات و مشاهده | | |
| ۲۰ | سامانه ای جهت پیگیری بیماران ترخیص شده در بیمارستان وجود دارد. | مستندات و مشاهده | | |
| امتیاز مکتسبه: عالی: ۲۰ خوب: ۱۹-۱۵ متوسط: ۱۵-۱۰ ضعیف: کمتر از ۱۰ | | | | |

پیوست ۹: شناسنامه شاخص های پایش و ارزشیابی واحد آموزش و پیگیری کودک و خانواده

| نام شاخص | درصد کودکان ترخیصی که نیاز به بستری مجدد مرتبط با بیماری داشتند |
|-----------------|--|
| اهمیت موضوع | بستری مجدد یک ماه اول بعد از ترخیص به عنوان پدیده ای قابل پیشگیری و هزینه بر، معمولا به دلیل عدم تداوم مراقبت مناسب پس از ترخیص ایجاد می گردد. |
| نوع شاخص | برآیندی |
| فرمول شاخص | $100 \times \frac{\text{تعداد کودکان ترخیصی که نیاز به بستری مجدد مرتبط با بیماری داشتند}}{\text{تعداد کل کودکان پیگیری شده}}$ |
| تعریف صورت شاخص | منظور کودکان ترخیصی هستند که نیاز به بستری مجدد مرتبط با بیماری طی یک ماه بعد از ترخیص پیدا نمودند. |
| تعریف مخرج شاخص | کل بیمارانی که در طول همان ماه، پیگیری شده اند. |
| نام شاخص | درصد رضایتمندی خانواده کودکان از خدمات واحد |
| فرمول شاخص | $100 \times \frac{\text{تعداد خانواده راضی از خدمات واحد پیگیری و آموزش بیمارستان}}{\text{تعداد کل کودکان پیگیری شده}}$ |
| نوع شاخص | برآیندی |
| تعریف صورت شاخص | تعداد خانواده های کودکان ترخیصی که از خدمات واحد آموزش و پیگیری بیمارستان رضایت داشته اند. |
| تعریف مخرج شاخص | کل کودکانی که در طول همان ماه، پیگیری شده اند. |

| نام شاخص | درصد مراجعات مرتبط با بیماری، برنامه ریزی نشده کودکان ترخیصی به اورژانس |
|-----------------|--|
| فرمول شاخص | $\frac{\text{تعداد مراجعات برنامه ریزی نشده کودکان ترخیصی به اورژانس مرتبط با بیماری}}{\text{تعداد کل کودکان پیگیری شده}} \times 100$ |
| نوع شاخص | برآیندی |
| تعریف صورت شاخص | منظور از تعداد مراجعات برنامه ریزی نشده، مراجعات کودکان ترخیصی است که دچار عوارض بعد از ترخیص مرتبط با بیماری شده و خارج از نوبت تعیین شده 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. |
| تعریف مخرج شاخص | کل کودکانی که در طول همان ماه، پیگیری شده اند. |

| نام شاخص | درصد کودکان پیگیری شده توسط واحد آموزش و پیگیری بیمار |
|-----------------|--|
| فرمول شاخص | $\frac{\text{تعداد کودکان ترخیصی که پیگیری شده اند}}{\text{تعداد کل کودکان ترخیص شده}} \times 100$ |
| نوع شاخص | برآیندی |
| تعریف صورت شاخص | کل کودکان جدید (مبتلا به یک بیماری مشخص*) که در طول یک ماه، پیگیری شده اند. |
| تعریف مخرج شاخص | کل کودکان (مبتلا به همان بیماری*) که در طول همان ماه، از بیمارستان ترخیص شده اند. |

* منظور بیماری های مشخص شده در همین دستورالعمل می باشد.

تناوب جمع آوری شاخص ها:

تناوب جمع آوری شاخص ها، توسط بیمارستان ها هر ماه (در آخر ماه) و در دانشگاه/دانشکده در پایان هر فصل (به صورت ۳ ماهه) و برای ارسال به معاونت پرستاری در دو نوبت به صورت ۶ ماهه ابتدای سال و یکساله خواهد بود.