



معاونت پرستاری

دستور العمل اجرایی طرح

پرستار پیگیری

(Follow up Nurse)

تهیه و تنظیم:

دقرارتقای سلامت و خدمات پرستاری معاونت پرستاری

پاییز ۱۳۹۹

نسخه ۲

مقدمه:

بر اساس تحلیل اسناد بالادستی، برنامه ششم توسعه، تحقق رویکرد سلامت جامع نگر و ارتقای کیفیت زندگی، تدوین برنامه های ملی و نیز لزوم افزایش هزینه اثربخشی مراقبت ها و کاهش بار هزینه های سلامت در قانون برنامه پنجم توسعه، سند نقشه تحول سلامت مبتنی بر الگوی اسلامی- ایرانی پیشرفته، برنامه اعتباربخشی، دستورالعمل برنامه پزشکی خانواده و اولویت برنامه های معاونت های پرستاری، درمان و بهداشت و همچنین دستیابی به اصول مراقبتی از جمله افزایش ایمنی بیمار و افزایش اثر بخشی مراقبت های پرستاری در بالین، "طرح پرستار پیگیری" اجرا می شود. از مهم ترین چالش های پیگیری بیماران مزمن پس از ترخیص: **عدم تبعیت از درمان** (عدم اجرای صحیح رژیم دارویی و رژیم غذایی، عدم وجود پیگیری های درمان بعد از ترخیص، انجام خود درمانی)، **سواد پایین سلامت بیمار** (محدودیت دانش، نگرش نادرست بیمار به بیماری مزمن، عدم درک اهمیت اجرای دستورات ترخیص)، **کم رنگ بودن نقش خانواده** (مشارکت کم رنگ خانواده در مراقبت، عدم توجه به مراقب اصلی در فرآیند آموزش)، **نارسایی سیستم پیگیری ترخیص** (قطع ارتباط کادر درمان با بیمار بعد از ترخیص، 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)، **ماهیت پیچیده بیماری مزمن** (وجود هم زمان چند بیماری یا عارضه، ماهیت پیش رونده بیماری)، **اثربخش نبودن آموزش به بیمار** (عدم جامعیت محتوای آموزش مدیریت بیماری، عدم اختصاص زمان کافی جهت آموزش به بیمار، مناسب نبودن زمان ارائه آموزش به بیمار، آموزش در فضای نامناسب، مناسب نبودن روش های آموزشی، فراموش کردن دستورات بعد از ترخیص، نداشتن برنامه آموزشی منحصر به فرد) می باشند.

پیگیری بیماران پس از ترخیص از بیمارستان جهت پایش اثربخشی درمان و مراقبت های ارایه شده، حصول اطمینان از تبعیت بیمار از دستورات توصیه شده، پاسخ به سؤالات و نیازهای احتمالی وی و پیشگیری از مشکلات و بستری شدن های مجدد و مراجعات به اورژانس، از اهداف اصلی ایجاد واحد پیگیری در بیمارستان است که پرستار پیگیری مسؤولیت پیگیری بیمار را عهده دار خواهد بود. در راستای اجرای نظام مند طرح "پیگیری بیماران مزمن پس از ترخیص"، نسخه دوم دستورالعمل مربوطه جهت اجرا ارسال می گردد. شایان ذکر است این نسخه جایگزین نسخه اول می باشد.

۱- تعاریف:

۱-۱. بیماری مزمن^۱:

بیماری مزمن، بیماری طولانی مدتی است که تغییرات جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی در بیمار و خانواده ایجاد و کارکرد های آن ها را محدود می کند. بیماری مزمن معمولاً صعب‌العلاج بوده و دوره درمان آن طولانی و مراحل بهبود آن دشوار می باشد و معمولاً درمان قطعی و مشخصی برای آن وجود ندارد.

۱-۲. بیمار / بیمار^۲:

منظور بیمار یا بیمارانی هستند که به علت ابتلا به یکی از بیماری های مزمن به بیمارستان مراجعه کرده و از این پس در این دستورالعمل به عنوان "بیمار / بیمار^۲" به آنها اشاره می شود.

۱-۳. طرح پرستار پیگیری^۳:

طرح پرستار پیگیری که در این دستورالعمل "طرح" نامیده می شود، شامل فرآیند تعیین تکلیف و پیگیری بیمارانی بستری مبتلا به بیماری های مزمن است که جهت این بیماران با مشارکت تیم مراقبتی تخصصی برنامه درمانی و مراقبتی لازم را از هنگام ترخیص تا پس از ترخیص از بیمارستان طراحی، اجرا و ارزشیابی می شود.

۱-۳. بیمارستان^۴:

به هر مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی و مراقبتی که به بیماران خدمات پزشکی، پرستاری و توانبخشی ارائه می دهد و در این دستورالعمل "بیمارستان" خوانده می شود، می گویند.

۱-۴. واحد پیگیری^۵:

واحد پیگیری، واحدی مستقر در بیمارستان است که وظیفه پیگیری بیمارانی را بر عهده دارد.

۱-۵. مرکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل^۶:

به مؤسسه ای اطلاق می شود که طبق آیین نامه مربوطه جهت تأمین مراقبت های پرستاری در سطوح مختلف نظام سلامت و بر اساس نیاز مددجویان مطابق با شرح وظایف و اختیارات تعیین شده پس از اخذ مجوز، توسط افراد حقیقی یا حقوقی واجد شرایط و با صلاحیت دایر می گردد و از این پس در این آیین نامه به عنوان "مرکز" به آن اشاره می شود.

^۱ Chronic Disease

^۲ Patient\Patients

^۳ Follow-up Nurse Plan

^۴ Hospital

^۵ Follow-up Unit

^۶ Home Health Care Nursing Center

۱-۶. مرکز ارایه مراقبت طولانی مدت^۷:

مؤسسات مراقبتی- درمانی هستند که جهت مراقبت از بیمارانی که وضعیت حاد نیازمند مراقبت در بیمارستان را نداشته و در عین حال، واجد شاخص های دریافت مراقبت در منزل نیز نمی باشند، تاسیس می گردد.

۱-۷. خود مدیریتی^۸:

فعالیت هایی که موجب ارتقای سلامت افراد شده و علائم و نشانه های بیماری را کنترل و درمان می کنند و افراد را به اتخاذ روش هایی که بر عملکرد، احساسات و ارتباطات بین فردی و تبعیت از رژیم درمانی اثر می گذارند، ترغیب می نمایند.

۱-۸. خود مراقبتی^۹:

عملی است که افراد از دانش، مهارت و توان خود به عنوان یک منبع استفاده می کند تا به طور مستقل از سلامت خود مراقبت کند. منظور از به طور مستقل، تصمیم گیری درباره خود و با اتکا به خود است. این تصمیم گیری می تواند شامل مشورت و کسب کمک تخصصی یا غیرتخصصی از دیگران (چه متخصص، چه غیرمتخصص) نیز باشد.

۲- هدف کلی طرح:

بهبود سازی برنامه پیگیری پس از ترخیص در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن

۳- اهداف کاربردی طرح:

این طرح به عنوان یکی از راهبردهای کلیدی برای پرستاران و سایر ارایه دهندگان مراقبت جهت تداوم مراقبت از بیمار به ویژه در دوره انتقال از بیمارستان به منزل و در قالب دو دسته اهداف کوتاه مدت و بلند مدت به شرح زیر انجام می شود.

۳-۱. اهداف کوتاه مدت:

- حصول اطمینان از تداوم مراقبت
- ارتقای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن
- کاهش عوارض بیماری و درمان های مرتبط
- افزایش رضایتمندی بیمار و خانواده

۳-۲. اهداف بلند مدت:

- کاهش هزینه های نظام سلامت

^۷ Long Term Care Center

^۸ Self-Management

^۹ Self-Care

- پیشگیری از موارد بستری مجدد
- جلوگیری از مراجعات غیر ضروری به اورژانس بیمارستانی

۴- گروه هدف و مکان اجرای طرح:

۴-۱. فاز اول طرح

- طراحی و اجرای برنامه "پرستار پیگیری"، گروه هدف و مکان اجرای طرح شامل تمامی بیماران ترخیص شده ی مبتلا به بیماری های نارسایی مزمن به شرح زیر می باشد:
- نارسایی مزمن قلب (CHF): بیمارستان شهید مدرس دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بیمارستان قلب الزهرا (س) دانشگاه علوم پزشکی شیراز و بیمارستان رازی بیرجند
 - بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD): بیمارستان مسیح دانشوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و شهید فقیهی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
 - بیماران مبتلا به سکته مغزی (CVA): بیمارستان لقمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بیمارستان نمازی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۴-۲. فاز دوم طرح

در صورت موفقیت آمیز و اثر بخش بودن اجرای پایلوت، طرح در کل کشور عملیاتی می شود.

۵- روش و زمان اجرای طرح:

این یک طرح مقطعی می باشد که بیماران مبتلا به بیماری های مزمن منتخب، به صورت مستمر و در یک بازه زمانی ۱۲-۶ ماهه در بیمارستان های منتخب تحت مشاوره و پیگیری تلفنی قرار خواهند گرفت. در صورت موفقیت آمیز بودن اجرای پایلوت، طرح در کل کشور اجرا می شود.

۶- ساختار واحد پیگیری:

جهت تعیین ساختار/تعداد نیروی مورد نیاز واحد پیگیری از روش زیر استفاده شود:

۶-۱. فاز اول؛ در فاز اول با توجه به این که تمام بیماران ترخیص شده با هر نوع تشخیص، تحت پوشش این طرح/واحد نمی

باشند و صرفا بیماری های منتخب مذکور مد نظر می باشد لذا محاسبه نیرو بر اساس موارد زیر انجام می شود:

۱-۱-۶. در بیمارستان هایی که تعداد ترخیصی ماهانه آنها در بیماری مورد نظر بین ۵۰ تا ۱۰۰ نفر باشد یک پرستار پیگیری 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.

۲-۱-۶. در بیمارستان هایی که یک پرستار پیگیری منظور شده است، مسئولیت واحد مرکز مراقبت در منزل نیز با وی خواهد بود.

۶-۲. فاز دوم؛ در فاز دوم با توجه به این که تمام بیماران ترخیص شده با هر نوع تشخیص، تحت پوشش این واحد قرار می گیرند، لذا محاسبه نیرو بر اساس موارد زیر انجام می شود:

۱-۲-۶. در بیمارستان های کمتر از ۱۰۰ تخت یک پرستار و یک منشی در واحد پیگیری مستقر می شوند.

۲-۲-۶. در بیمارستان های بالای ۱۰۰ تخت به ازای هر ۱۰۰ تخت یک پرستار به واحد اضافه می شود.

۷- زیر ساخت های طرح:

۱-۷. وجود فضای مستقل برای "واحد پیگیری" و امکان تخصیص فضاهایی به واحدهای آموزش به بیمار و مراقبت

در منزل بدون ایجاد تداخل در ارائه خدمات واحدها

۲-۷. وجود خط تلفن آزاد جهت پیگیری بیماران در بخش های مجری طرح

۳-۷. اختصاص اینترنت جهت ارتباط با بیماران از طریق فضای مجازی

۴-۷. وجود سیستم کامپیوتر جهت ثبت اطلاعات بیماران، تهیه محتوای آموزشی و ...

۵-۷. در اختیار قراردادن ملزومات و وسایل لازم جهت انجام پیگیری

۶-۷. صدور ابلاغ برای پرستار پیگیری در بیمارستان های مجری طرح توسط ریاست بیمارستان

۸- شرایط احراز پرستار پیگیری:

۱-۸. پرستار با مدرک تحصیلی حداقل کارشناسی و دارا بودن پنج سال سابقه کار بالینی و مسلط به درمان و

مراقبت های بیماری مورد نظر و به تعداد متناسب بیماران ترخیص شده بر اساس نوع بیماری های منتخب

۲-۸. پرستار با مدرک کارشناسی ارشد/ دکترای پرستاری و مسلط به درمان و مراقبت های بیماری مورد نظر و به

تعداد متناسب بیماران ترخیص شده بر اساس نوع بیماری های منتخب با حداقل سه سال سابقه کار بالینی

۳-۸. پرستار پیگیری بایستی آموزش‌ها و مهارت‌های لازم در خصوص بیماری منتخب را از طریق فعالیت در بخش مورد نظر یا گذراندن دوره‌های آموزشی مرتبط کسب کرده باشد.

۹- شرح وظایف پرستار پیگیری:

- ۱-۹. بررسی خلاصه پرونده بیمار و دستورات پزشک معالج در جهت تعیین نیازهای آموزشی، مشاوره‌ای و مداخله‌ای وی
- ۲-۹. تشکیل پرونده و ثبت اطلاعات بیماران مراجعه کننده به واحد در فرم‌های مربوطه جهت اخذ خدمات مورد نیاز
- ۳-۹. هماهنگی جهت ارجاع بیمار به مراکز مراقبت در منزل و یا مراقبت طولانی مدت طرف قرارداد بیمارستان و یا مراکز مجوز دار مورد تایید وزارت بهداشت بر اساس دستور پزشک معالج
- ۴-۹. تکمیل پرسشنامه‌های مربوطه بر اساس نوع بیماری
- ۵-۹. پیگیری تلفنی جهت بررسی و ارزیابی بیمار از نظر اثربخشی آموزش‌های ارائه شده در طول دوره بستری و نیازهای پس از ترخیص در بخش، از نظر تبعیت از درمان، نحوه صحیح خود مراقبتی/ خود مدیریتی و بررسی مراقبت‌های پرستاری دریافت شده در منزل در راستای دستیابی به حداکثر سطح سلامت قابل اکتساب
- ۱-۵-۹. این آموزش‌ها بسته به مدت زمان بستری بیمار (به طور میانگین) باید به تدریج توسط پرستار مراقب بیمار ارائه شده و بیمار از بدو بستری جهت ترخیص آماده گردد.
- ۲-۵-۹. مسئولیت یادگیری محتوای آموزشی ارائه شده به بیمار بر عهده پرستار مراقب و پزشک معالج بوده و در صورت وجود مشکلاتی نظیر اختلالات شناختی و یادگیری در بیمار، لازم است آموزش‌ها به خانواده/ مراقب اصلی بیمار ارائه گردد.
- ۳-۵-۹. نظارت بر حسن انجام آموزش‌های دوران بستری و هنگام ترخیص بیمار بر عهده سوپروایزر آموزشی/آموزش به بیمار می باشد.
- ۶-۹. ثبت مستندات مرتبط با اقدامات انجام شده در فرم‌های مربوطه
- ۱-۶-۹. حداقل اطلاعات مندرج در خلاصه پرونده بیمار شامل: شکایت اصلی بیمار، علت پذیرش/ بستری، تشخیص اولیه و نهایی، اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایش‌ها و پاراکلینیک، فهرستی از خدمات ارائه شده، داروها و نحوه انتقال بیمار و سیر بیماری، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه‌های پس از ترخیص، نحوه انتقال بیمار می باشد.
- ۱۰-۹. بایگانی یک نسخه از خلاصه پرونده در پرونده بیمار نزد پرستار پیگیری تا زمان راه اندازی برنامه در بستر نرم افزار HIS

- ۱۱-۹. معرفی بیمار به مرکز مراقبت در منزل طرف قرارداد بیمارستان و یا نزدیکترین مرکز مورد تایید به محل سکونت بیمار
- ۱۲-۹. هماهنگی با واحدهای ارائه دهنده خدمت مورد نظر در صورت لزوم و یا به درخواست بیمار
- ۱۳-۹. انجام پیگیری پس از ترخیص در بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی از بیمارستان
- ۱۴-۹. جمع بندی، تحلیل و ارسال نتایج خدمات ارائه شده در واحد پیگیری در پایان هر ماه (تحلیل نقاط قوت و ضعف و اقدامات اصلاحی) به مدیر خدمات پرستاری بیمارستان جهت ارسال به مدیریت پرستاری دانشگاه

۱۰- تواتر پیگیری:

تواتر پیگیری بر اساس نوع بیماری از سه روز تا یک سال پس از ترخیص و بر اساس نوع و کلاس بیماری های منتخب به شرح زیر تعیین می شود:

تبصره: تواتر پیگیری را می توان بر اساس دستور پزشک مربوطه تعیین شود.

۱-۱۰. تواتر پیگیری در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی (CHF) طبق پیوست شماره ۱ بر اساس قرارگیری بیمار در نواحی ذکر شده به صورت زیر می باشد:

۱-۱-۱۰. ناحیه سبز: تواتر پیگیری بیماران قرار گرفته در ناحیه سبز به صورت ماهی دو بار انجام شود.

۲-۱-۱۰. ناحیه زرد: تواتر پیگیری بیماران قرار گرفته در ناحیه زرد به صورت هفته ای یک بار انجام شود.

۳-۱-۱۰. ناحیه قرمز: ضمن توصیه به مراجعه فوری به اورژانس بیمارستان، حداکثر تا ۶ ساعت بعد پیگیری تلفنی انجام شود. سپس پیگیری این بیماران پس از ترخیص از بیمارستان تا زمانیکه در ناحیه سبز قرار گیرد، به صورت هفته ای دو بار انجام می شود.

۲-۱۰. تواتر پیگیری در بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD) طبق پیوست شماره ۲ بر اساس قرارگیری بیمار در نواحی ذکر شده به صورت زیر می باشد:

۱-۲-۱۰. ناحیه سبز: هر دو هفته یکبار پیگیری تلفنی جهت بررسی وضعیت بیمار و ارائه آموزش های لازم انجام می شود.

۲-۲-۱۰. ناحیه زرد: در شرایطی که بیمار هنوز در ناحیه زرد قرار دارد، پیگیری بیمار، هر هفته یک بار تا زمانیکه بیمار وارد ناحیه سبز قرار گیرد، انجام می شود.

۳-۲-۱۰. ناحیه قرمز: در صورتیکه پس از انجام پیگیری تلفنی و بررسی وضعیت بیمار، او دارای دو نشانه یا بیشتر از علائم موجود در پیوست شماره ۲ را دارا بود، در ناحیه قرمز قرار می گیرد و لازم است بیمار سریع به بیمارستان ارجاع داده شود.

۱-۳-۲-۱۰. اگر بیماری که در ناحیه قرمز قرار دارد، تنها می باشد، پرستار پیگیری بایستی ضمن ارائه آموزش های لازم به بیمار در خصوص نحوه کاهش علائم خطر و خود مراقبتی، با اورژانس ۱۱۵ جهت اعزام بیمار به بیمارستان هماهنگ نماید.

۱۰-۳. تواتر پیگیری در بیماران مبتلا به آسیب مغزی (CVA) طبق پیوست شماره ۳ و بر اساس قرارگیری بیمار در نواحی

ذکر شده به صورت زیر می باشد:

۱۰-۳-۱. ناحیه سبز: هر دو هفته یکبار پیگیری تلفنی جهت بررسی وضعیت بیمار و ارائه آموزش های لازم انجام می شود.

۱۰-۳-۲. ناحیه زرد: در شرایطی که بیمار هنوز در ناحیه زرد قرار دارد، پیگیری بیمار، هر هفته یک بار تا زمانیکه بیمار وارد ناحیه سبز قرار گیرد، انجام می شود.

۱۰-۳-۳. ناحیه قرمز: در صورتیکه پس از انجام پیگیری تلفنی و بررسی وضعیت بیمار، او دارای دو نشانه یا بیشتر از علائم موجود در پیوست شماره ۲ را دارا بود، در ناحیه قرمز قرار می گیرد و لازم است بیمار سریع به بیمارستان ارجاع داده شود.

۱۰-۳-۳-۱. اگر بیماری که در ناحیه قرمز قرار دارد، تنها می باشد، پرستار پیگیری بایستی ضمن ارائه آموزش های لازم به بیمار در خصوص نحوه کاهش علائم خطر و خود مراقبتی، با اورژانس ۱۱۵ جهت اعزام بیمار به بیمارستان هماهنگ نماید.

تبصره ۱: بر اساس وضعیت بیمار و دستور پزشک معالج، انجام پیگیری بیشتر از موارد فوق، منعی وجود ندارد.

تبصره ۲: آموزش به بیمار، مراقبین و خانواده وی در تمام مراحل، الزامی و ضروری می باشد.

تبصره ۳: در صورتیکه تواتر پیگیری بیمار توسط پزشک معالج تعیین شده باشد، نیاز به انجام پیگیری طبق موارد فوق وجود ندارد و دستور پزشک در اولویت می باشد.

۱۱- نکاتی که در این طرح بایستی مد نظر گرفته شود:

۱۱-۱. اطمینان پزشک معالج از آمادگی بیمار برای ترخیص ایمن و عدم نیاز او به استمرار مراقبت های بیمارستانی و یا ضرورت جایگزینی سایر شیوه های مراقبتی خارج از بیمارستان

۱۱-۲. آگاه سازی پزشکان بخش های مجری طرح / برنامه در خصوص نحوه اجرای طرح "پرستار پیگیری" توسط سرپرستار

۱۱-۳. یادآوری به پزشک معالج توسط سرپرستار در خصوص ثبت دستورات لازم و یا موارد مورد نیاز جهت انجام پیگیری تلفنی از جمله تعیین تواتر پیگیری تلفنی، مراجعه به درمانگاه، کنترل وزن، انجام آزمایش های مورد نیاز و

۱۱-۴. ارسال برگه تایید اثربخشی آموزش های ارائه شده به همراه خلاصه پرونده بیمار به واحد پرستار پیگیری در صورت عدم نیاز بیمار به مراقبت های خارج از بیمارستان، ثبت جمله "عدم نیاز به ارجاع به مرکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل" در فرم ارجاع شده از بخش

۵-۱۱. توجه به الزامات ترخیص ایمن در موارد ترخیص با رضایت شخصی

۶-۱۱. در اولین ملاقات با پرستار پیگیری، حضور بیمار و مراقب اصلی وی، الزامی است.

۱۲- فرم های مورد نیاز:

تا زمان فراهم سازی ثبت موارد پیگیری در بستر نرم افزار HIS و در راستای حفظ داده ها و اطلاعات اخذ شده از بیماران، تا اطلاع ثانوی داده های مذکور در فرم های زیر توسط پرستار پیگیری ثبت گردد:

۱-۱۲. پرسشنامه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مزمن پیشرفته (پیوست شماره ۵)

۲-۱۲. پرسشنامه بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه (پیوست شماره ۶)

۳-۱۲. پرسشنامه بیماران دچار آسیب مغزی (پیوست شماره ۷)

فرآیند تعیین تکلیف و ترخیص بیمار از بیمارستان

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 به واحد پیگیری ارجاع داده می شود.

۱۳- گام های اجرایی:

۱-۱۳. انجام مراحل ترخیص ایمن توسط پزشک معالج و سرپرستار/ پرستار مسئول ترخیص در بخش

۲-۱۳. معرفی بیمار به پرستار پیگیری و ارسال خلاصه پرونده وی

۳-۱۳. ارزیابی اولیه بیمار جهت تداوم آموزش های لازم پس از ترخیص توسط پرستار پیگیری بر اساس خلاصه پرونده و

پروتکل های تدوین شده آموزش بیمار، همراهان و خانواده وی در تمام مراحل، الزامی و ضروری می باشد.

۱۴- ارزشیابی طرح:

روش گرد آوری اطلاعات یا ارزشیابی در این طرح براساس موارد ذیل می باشد:

۱-۱۴. تکمیل پرسشنامه تنظیم شده از طریق مصاحبه تلفنی با بیمار ترخیص یافته در منزل یا یکی از افراد خانواده و یا فردی که در جریان

کامل وضعیت بیمار باشد.

۲-۱۴. درج پاسخ های بیمار/ مراقب بیمار در فرم مصاحبه/ پرسشنامه

۳-۱۴. تحلیل پاسخ های جمع آوری شده در فرم های مصاحبه / پرسشنامه ها

۴-۱۴. ارائه گزارش کتبی و تحلیل پگیری های انجام شده به مسئولین مربوطه

۱۵- شاخص های ارزشیابی فاز اول طرح:

- ۱-۱۵. درصد رضایتمندی بیماران ترخیصی و خانواده آن ها از خدمات پیگیری
- ۲-۱۵. درصد تعداد مراجعات برنامه ریزی نشده بیماران ترخیصی به اورژانس بیمارستانی
- ۳-۱۵. درصد عوارض جسمی پس از ترخیص بیماران ترخیصی در رابطه با خود مراقبتی در منزل
- ۴-۱۵. درصد بیماران ترخیصی که در طول طرح نیاز به بستری مجدد پیدا نمایند