

دفترچه ارزیابی روزانه

 <http://www.opta.info>

 info@opta.info

مقدمه

این دفترچه ارزیابی روزانه شماست. در این دفترچه مطالب مهم که در سیر فرآیند تعویض مفصل شما حائز اهمیت می باشد را ثبت خواهید کرد.

این دفترچه ارزیابی روزانه برای استفاده چندین ساله طراحی شده است و به شما و جراحان کمک خواهد کرد که پیشرفت تان را در طول زمان کنترل کنید.



جراح ارتوپد

نام:-----

تلفن مطب:-----

تلفن در مواقع ضروری:-----

آدرس:-----

بیمارستان

نام:-----

تلفن:-----

آدرس:-----

داروخانه

نام:-----

تلفن:-----

آدرس:-----

ردیف	اسامی داروها	تعداد	مقدار مصرف روزانه
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			

تیم مراقبت های پزشکی در منزل (فیزیوتراپ و غیره)

نام:

تلفن:

آدرس:

نام:

تلفن:

آدرس:

قرارهای ملاقات

ردیف	تاریخ	زمان	نام متخصص	توصیه های پزشک معالج
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				

پرسشنامه ارزیابی بیمار

این پرسشنامه با این دید طراحی شده است تا به شما برای بررسی پیشرفت سلامتتان، توانایی انجام کارهای متفاوت و بررسی میزان و نوع درد قبل و بعد از عمل جراحی کمک کند. این مهم است که احساس خودتان را یادداشت کنید تا بتوانید سیر پیشرفت خود را در طی سالیان پس از عمل جراحی بررسی کنید. سوالات را با علامت زدن در ستون مناسب پاسخ دهید.

۱. در مجموع، وضعیت سلامتی خود را چگونه ارزیابی می کنید؟

قبل از عمل	۳ ماه بعد از عمل	۶ ماه بعد از عمل	۱ سال بعد از عمل	۲ سال بعد از عمل
ضعیف	ضعیف	ضعیف	ضعیف	ضعیف
خوب	خوب	خوب	خوب	خوب
خیلی خوب	خیلی خوب	خیلی خوب	خیلی خوب	خیلی خوب
عالی	عالی	عالی	عالی	عالی

۲. در مقایسه با ۱ سال قبل، اکنون وضعیت سلامتی خود را چگونه ارزیابی می کنید؟

قبل از عمل	۳ ماه بعد از عمل	۶ ماه بعد از عمل	۱ سال بعد از عمل	۲ سال بعد از عمل
خیلی بدتر	خیلی بدتر	خیلی بدتر	خیلی بدتر	خیلی بدتر
کمی بدتر	کمی بدتر	کمی بدتر	کمی بدتر	کمی بدتر
فرقی نمی کند	فرقی نمی کند	فرقی نمی کند	فرقی نمی کند	فرقی نمی کند
کمی بهتر	کمی بهتر	کمی بهتر	کمی بهتر	کمی بهتر
خیلی بهتر	خیلی بهتر	خیلی بهتر	خیلی بهتر	خیلی بهتر

۳. آیا احساس شادابی و سرحال بودن دارید؟

قبل از عمل	۳ ماه بعد از عمل	۶ ماه بعد از عمل	۱ سال بعد از عمل	۲ سال بعد از عمل
همیشه	همیشه	همیشه	همیشه	همیشه
اکثر مواقع	اکثر مواقع	اکثر مواقع	اکثر مواقع	اکثر مواقع
گهگاهی	گهگاهی	گهگاهی	گهگاهی	گهگاهی
هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت

۴. آیا عصبی و نا آرام بوده اید؟

قبل از عمل	۳ ماه بعد از عمل	۶ ماه بعد از عمل	۱ سال بعد از عمل	۲ سال بعد از عمل
همیشه	همیشه	همیشه	همیشه	همیشه
اکثر مواقع	اکثر مواقع	اکثر مواقع	اکثر مواقع	اکثر مواقع
گاهگاهی	گاهگاهی	گاهگاهی	گاهگاهی	گاهگاهی
هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت

۵. آیا احساس دل شکستگی و افسردگی داشتید؟

قبل از عمل	۳ ماه بعد از عمل	۶ ماه بعد از عمل	۱ سال بعد از عمل	۲ سال بعد از عمل
همیشه	همیشه	همیشه	همیشه	همیشه
اکثر مواقع	اکثر مواقع	اکثر مواقع	اکثر مواقع	اکثر مواقع
گاهگاهی	گاهگاهی	گاهگاهی	گاهگاهی	گاهگاهی
هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت

۶. آیا احساس خستگی و درماندگی داشتید؟

قبل از عمل	۳ ماه بعد از عمل	۶ ماه بعد از عمل	۱ سال بعد از عمل	۲ سال بعد از عمل
همیشه	همیشه	همیشه	همیشه	همیشه
اکثر مواقع	اکثر مواقع	اکثر مواقع	اکثر مواقع	اکثر مواقع
گهگاهی	گهگاهی	گهگاهی	گهگاهی	گهگاهی
هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت

۷. سلامتی جسمی شما تا چه اندازه بر روی فعالیت های شما با خانواده، دوستان و آشنایان تاثیر گذاشته است؟

قبل از عمل	۳ ماه بعد از عمل	۶ ماه بعد از عمل	۱ سال بعد از عمل	۲ سال بعد از عمل
خیلی زیاد	خیلی زیاد	خیلی زیاد	خیلی زیاد	خیلی زیاد
به میزان متوسطی	به میزان متوسطی	به میزان متوسطی	به میزان متوسطی	به میزان متوسطی
به میزان کمی	به میزان کمی	به میزان کمی	به میزان کمی	به میزان کمی
به هیچ عنوان	به هیچ عنوان	به هیچ عنوان	به هیچ عنوان	به هیچ عنوان

۸. درد در مفصل درگیر خود را چگونه ارزیابی می کنید؟

هنگام استراحت				
قبل از عمل	۳ ماه بعد از عمل	۶ ماه بعد از عمل	۱ سال بعد از عمل	۲ سال بعد از عمل
خیلی شدید	خیلی شدید	خیلی شدید	خیلی شدید	خیلی شدید
شدید	شدید	شدید	شدید	شدید
متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط
به میزان کم	به میزان کم	به میزان کم	به میزان کم	به میزان کم
هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت

حین فعالیت				
قبل از عمل	۳ ماه بعد از عمل	۶ ماه بعد از عمل	۱ سال بعد از عمل	۲ سال بعد از عمل
خیلی شدید	خیلی شدید	خیلی شدید	خیلی شدید	خیلی شدید
شدید	شدید	شدید	شدید	شدید
متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط
به میزان کم	به میزان کم	به میزان کم	به میزان کم	به میزان کم
هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت

۹. به طور کلی، فواصل درد در مفصل درگیر خود را چگونه ارزیابی می کنید؟

قبل از عمل	۳ ماه بعد از عمل	۶ ماه بعد از عمل	۱ سال بعد از عمل	۲ سال بعد از عمل
هر روز	هر روز	هر روز	هر روز	هر روز
چندین روز در هفته	چندین روز در هفته	چندین روز در هفته	چندین روز در هفته	چندین روز در هفته
یک روز در هفته	یک روز در هفته	یک روز در هفته	یک روز در هفته	یک روز در هفته
هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت

۱۰. هر چند وقت یکبار درد مفصل درگیر شما مانع از خوابیدن

شما می‌گردید؟

قبل از عمل	۳ ماه بعد از عمل	۶ ماه بعد از عمل	۱ سال بعد از عمل	۲ سال بعد از عمل
هر روز	هر روز	هر روز	هر روز	هر روز
چندین روز در هفته	چندین روز در هفته	چندین روز در هفته	چندین روز در هفته	چندین روز در هفته
یک روز در هفته	یک روز در هفته	یک روز در هفته	یک روز در هفته	یک روز در هفته
هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت

۱۱. هر چند وقت یکبار بدلیل درد مفصل درگیر، قادر به انجام

فعالیت‌های روزمره خود نبودید؟

قبل از عمل	۳ ماه بعد از عمل	۶ ماه بعد از عمل	۱ سال بعد از عمل	۲ سال بعد از عمل
هر روز	هر روز	هر روز	هر روز	هر روز
چندین روز در هفته	چندین روز در هفته	چندین روز در هفته	چندین روز در هفته	چندین روز در هفته
یک روز در هفته	یک روز در هفته	یک روز در هفته	یک روز در هفته	یک روز در هفته
هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت

۱۲. در روزهایی که کار می کردید، هر چند وقت یکبار بدلیل درد مفصل درگیر نمی توانستید کارهای خود را به درستی و با دقت انجام دهید؟

قبل از عمل	۳ ماه بعد از عمل	۶ ماه بعد از عمل	۱ سال بعد از عمل	۲ سال بعد از عمل
هر روز	هر روز	هر روز	هر روز	هر روز
چندین روز در هفته	چندین روز در هفته	چندین روز در هفته	چندین روز در هفته	چندین روز در هفته
یک روز در هفته	یک روز در هفته	یک روز در هفته	یک روز در هفته	یک روز در هفته
هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت

۱۳. در روزهایی که کار می کردید، هر چند وقت یکبار مجبور می شدید بدلیل درد مصل درگیر کار خود را زودتر تعطیل کنید؟

قبل از عمل	۳ ماه بعد از عمل	۶ ماه بعد از عمل	۱ سال بعد از عمل	۲ سال بعد از عمل
هر روز	هر روز	هر روز	هر روز	هر روز
چندین روز در هفته	چندین روز در هفته	چندین روز در هفته	چندین روز در هفته	چندین روز در هفته
یک روز در هفته	یک روز در هفته	یک روز در هفته	یک روز در هفته	یک روز در هفته
هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت	هیچ وقت

خودتان را از نظر جسمانی آماده کنید. (به دفترچه راهنمای
بیماران مراجعه کنید)

ردیف	وزن	تاریخ
۱		
۲		
۳		
۴		
۵		

وزن ایده آل شما؟-----

تاریخ شروع رژیم غذایی؟-----

موارد مربوط به رژیم غذایی موفق خود را یادداشت کنید.

برنامه تمرینات:

عصر	صبح	ایام هفته
		شنبه
		یکشنبه
		دوشنبه
		سه شنبه
		چهارشنبه
		پنجشنبه
		جمعه

برنامه بیمه درمانی خود را بررسی کنید.

(به دفترچه راهنمای بیماران مراجعه کنید)

- پوشش بیمه درمانی شما شامل چه مواردی است؟-----

- آیا بیمه تکمیلی دارید؟ در اینصورت مقدمات کار را فراهم کنید.-----

- آیا هزینه وسایل کمکی مورد نیاز توسط بیمه پرداخت می شود؟-----

- نحوه پرداخت چگونه می باشد؟-----

- آیا هزینه های درمان در منزل تحت پوشش بیمه هستند؟

- چه مدارک و فرم هایی جهت دریافت هزینه از بیمه لازم است؟-----

راجع به عمل جراحی و اقامت شما در بیمارستان

به یاد داشته باشید که دفتر یادداشت خود را به همراه خود به بیمارستان ببرید.

----- شروع ناشتایی در ساعت: -----

----- آیا نیازی به تنقیه وجود دارد؟ -----

داروهایی که با خود به بیمارستان می برید را بنویسید.

درباره ترخیص خود برنامه ریزی کنید.

زمان و مکان ویزیت بعدی را یادداشت نمایید.

بازگشت به خانه

اطلاعات زیر بسیار مهم میباشد، اگر ابهامی دارید، از جراح خود سؤال کنید.

• چه زمانی می توانید استحمام کنید؟

چه داروهایی را باید مصرف کنید؟

• چه فعالیت هایی را باید و چگونه انجام دهید؟-----

• برنامه فیزیوتراپی شما چگونه خواهد بود؟-----

• چه موقع می توانید رانندگی کنید؟-----

نحوه بلند شدن از روی صندلی، بالا رفتن از پله، لباس پوشیدن،

مسافرت و غیره چگونه خواهد بود؟-----
