فرم ارزیابی سالمندان بسیار پرخطر و پرخطر

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان**

**نام شهرستان: ……………………….......... نام مرکز جامع سلامت/ پایگاه شهری/خانه بهداشت روستایی.........................**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. تاریخ تکمیل فرم:** | | **2. نام و نام خانوادگی سالمند:** | | **3. کد ملی:** |
| **4. کد تیم مراقبتی:** برای هر شهرستان و تعداد تیم کد ویژه در سامانه رهگیری اختصاص خواهد یافت. | | **5. فرد پاسخ دهنده:**  سالمند ⬜ مراقب رسمی ⬜ خانواده ⬜ سایر ⬜  منظور از مراقب رسمی فرد آموزش دیده ای است که مراقبت از سالمند را به عهده دارد ولی نسبت خانوادگی با سالمند ندارد**.** | | |
| **6. آدرس سالمند:** | | | | |
| **7.شماره تلفن ثابت سالمند: 8.شماره تلفن همراه سالمند/ خانواده/مراقب:** | | | | |
| **9. سال تولد :** ---- **10.جنس :** زن ⬜ مرد ⬜ | | | **11. محل سکونت :** روستا ⬜ شهر ⬜ حاشیه شهر ⬜ | |
| **12.وضعیت تاهل :** مجرد ⬜ متاهل⬜ بیوه ⬜ مطلقه یا زندگی جدا⬜ هرگز ازدواج نکرده ⬜ | | | | |
| **13. تحصیلات :** بیسواد ⬜ ابتدایی ⬜ زیردیپلم ⬜ دیپلم ⬜ تحصیلات دانشگاهی⬜ | | | | |
| **14. سالمند تحت پوشش کدام بیمه درمانی می باشد؟**  تامین اجتماعی 󠆻⬜ خدمات درمانی ⬜ روستایی ⬜ سلامت ⬜ نیروهای مسلح ⬜ سایر ⬜ هیچکدام ⬜ | | | | |
| **15.وضعیت بیمه تکمیلی سالمند**  دارد ⬜ندارد ⬜ | | | | |
| **16. همراهان زندگی :** تنها ⬜ همسر ⬜ فرزند ⬜ اقوام ⬜ دوست ⬜ مراقب رسمی ⬜ مراکز نگهداری شبانه روزی ⬜ سایر⬜ | | | | |
| **17. آیا سالمند در مواقع بیماری یا بروز حوادث و سوانح، به شخصی برای درخواست کمک دسترسی دارد؟** بله ⬜ خیر ⬜ | | | | |
| **18. آیا سالمند به موبایل هوشمند/ اینترنت و فضای مجازی دسترسی دارد؟** موبایل هوشمند ⬜ اینترنت ⬜ | | | | |
| **19. در صورت دسترسی به موبایل هوشمند و اینترنت توانایی استفاده از فضای مجازی را دارد؟** بله ⬜ خیر ⬜ | | | | |
| **20. در صورت پاسخ بلی به سوال قبل، درکدام یک از فضاهای مجازی** **عضویت دارد؟**  واتساپ⬜ تلگرام ⬜ اینستاگرام ⬜ سروش⬜ سایر⬜ با ذکر مورد ..................................... | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ردیف** | **ارزیابی وضعیت سلامت** |
| 21 | **سالمند توانایی انجام کدامیک ازکارهای روزمره خود در منزل به تنهایی را ندارد ؟** لباس پوشیدن ⬜ دستشوئی رفتن ⬜ حمام کردن ⬜  غذا خوردن⬜راه رفتن در خانه (بدون استفاده از تجهیزات کمک حرکتی)⬜ |
| 22 | **سالمند به تنهایی توانایی جسمانی بیرون رفتن از خانه را دارد؟** بلی ⬜ بلی با کمک تجهیزات کمکی ⬜ خیر ⬜ |
| 23 | **سالمند دارای کدامیک از بیماری صعب العلاج می باشد؟**  دیالیز ⬜ سرطان ⬜ سیروزکبدی ⬜ زوال عقل(دمانس/آلزایمر) ⬜ نقص سیستم ایمنی⬜ |
| 24 | **سالمند دارای کدامیک از بیماری های روانی و شناختی (با تاییدیه پزشک) می باشد؟**  اختلال روانی شدید(جنون، عقب ماندگی ذهنی و ...) ⬜ افسردگی ⬜ اضطراب ⬜ صرع ⬜ زوال عقل (دمانس/الزایمر،...) ⬜  پارکینسون ⬜ سایر ⬜ با ذکر نام ...................................................... |
| 25 | **سالمند دارای کدامیک از بیماری های مزمن می باشد؟**  دیابت(مرض قند) ⬜ فشارخون ⬜ بیماری های قلبی-عروقی (بیماری های ایسکمیک قلبی و سکته قلبی و سکته مغزی و نارسائی قلبی) ⬜  بیماری های ریوی(آسم، بیماری های مزمن انسدادی ریه) ⬜ بیماری‌های کلیوی ⬜ سوء تغذیه، چاقی /لاغری ⬜  بیماری‌های روماتیسمی ⬜ درد‌های عضلانی و اسکلتی ⬜ سایر ⬜ با ذکر بیماری.................. |
| 26 | **آیا سالمند تحت نظر پزشک است و درمان لازم را دریافت می کند؟** بلی ⬜ خیر ⬜ تحت درمان بوده ولی درمان ناقص رها شده است ⬜ |
| 27 | **در صورت درمان ناقص، علت بیان شود** : مشکل مالی ⬜ عدم توجه به درمان ⬜ ناتوانی جسمی/عدم حمایت برای مراجعه به پزشک یا تامین دارو ⬜  درمان ناقص منظور اینکه سالمند به هر دلیلی درمان بیماری خود را رها کرده و دارو مصرف نمی کند یا به پزشک مراجعه نمی کند |
| 28 | **چه کسی مراقبت های بهداشتی درمانی (مراقبت از بیماری، نظارت بر مصرف دارو و ... ) را به سالمند ارائه می دهد؟**  فرزند⬜ همسر ⬜ اقوام ⬜ دوستان یا آشنایان ⬜ مراقب رسمی ⬜ پرستار ⬜ کسی را برای مراقبت ندارد ⬜ نیاز ندارد ⬜ |
| 29 | **آیا تمام نیازهای بهداشتی - درمانی سالمند توسط مراقب فعلی برطرف می شود؟**  بله ⬜ خیر ⬜ |
| 30 | **وضعیت حرکت و حواس سالمند چگونه است؟**  **آیا سالمند مشکل راه رفتن دارد؟** وابسته به تخت است (بسترخواب) ⬜ با کمک(عصا - ویلچر - و اکر) راه می رود ⬜ بدون کمک راه می رود⬜ |
| 31 | **در صورت داشتن مشکل حرکتی به کدامیک از تجهیزات کمک حرکتی نیاز دارد؟**عصا ⬜ واکر ⬜ ویلچر ⬜ سایر⬜ باذکرنام...................... |
| 32 | **کدامیک از تجهیزات کمک حرکتی نیاز به تعویض/تعمیر دارد؟**  عصا ⬜ واکر ⬜ ویلچر ⬜ سایر⬜ باذکرنام...................... |
| 33 | **وضعیت بینایی سالمند چگونه است؟**  نابینا ⬜ ضعف بینایی ⬜ سالم ⬜ |
| 34 | **در صورت داشتن مشکل بینایی، به کدامیک از خدمات / تجهیزات کمک بینایی نیاز دارد؟** ویزیت چشم پزشک ⬜عینک⬜ عصای سفید⬜ عمل جراحی⬜ |
| 35 | **وضعیت شنوایی سالمند چگونه است ؟** ناشنوا ⬜ کم شنوا ⬜ سالم⬜ |
| 36 | **در صورت داشتن مشکل شنوایی به کدامیک از خدمات/ تجهیزات کمک شنوایی نیاز دارد؟** ویزیت پزشک ⬜ تعمیر سمعک ⬜ تعویض سمعک ⬜ عمل جراحی ⬜ |
| 37 | **سالمند کدامیک از مشکلات دهان و دندان را دارد؟**  زخم دهان⬜ خشکی دهان⬜ بی دندانی مطلق⬜ بی دندانی نسبی⬜ دست دندان نامناسب⬜ دندان پوسیده⬜ |
| 38 | **سالمند به کدامیک از تجهیزات / اقدامات تشخیصی و درمانی برای مشکلات دهان و دندان نیاز دارد؟**  ویزیت دندانپزشک ⬜ دست دندان مصنوعی⬜ دندان مصنوعی نیمه (پارسیل) ⬜ کشیدن دندان ⬜ پر کردن دندان ⬜ |
| 39 | **آیا سالمند روزانه بیش از 4 نوع دارو مصرف می کند؟** بله ⬜ خیر ⬜ |
| 40 | **سالمند کدامیک از مواد زیر را مصرف می کند؟** سیگار ⬜ قلیان ⬜ مواد مخدر ⬜ مشروبات الکلی ⬜ سایر ⬜ با ذکر مورد ........... |
| **ارزیابی وضعیت اقتصادی اجتماعی** | |
| 41 | **منبع درآمد سالمند کدام است؟**  شاغل ⬜ مستمری بازنشستگی کامل ⬜ مستمری بازنشستگی ناقص ⬜ یارانه دولتی ماهیانه ⬜ حمایت مالی فرزندان، اقوام، همسایه ها و ... ⬜ سازمان/نهاد حمایتگر( کمیته امداد ⬜ بهزیستی ⬜ خیرین ⬜ درآمد حاصل از پس انداز شخصی، اجاره سرمایه ⬜ سایر ⬜ با ذکر مورد ........................ هیچکدام ⬜ |
| 42 | **آیا سالمند دسترسی به مسکن مناسب و بهداشتی و استاندارد (ایمن) دارد؟**  سرویس بهداشتی ⬜ آشپزخانه/محل پخت و پز ⬜ محل خواب ⬜ حمام ⬜ پله بهسازی شده ⬜ |
| 43 | **کدام قسمت از منزل نیاز به ساخت، تعمیر و بهسازی دارد؟**  ⬜ سرویس بهداشتی ساخت ⬜ تعمیر و بهسازی ⬜  ⬜آشپزخانه/محل پخت و پز ساخت ⬜ تعمیر و بهسازی ⬜  ⬜ محل خواب ساخت ⬜ تعمیر و بهسازی ⬜  ⬜حمام ساخت ⬜ تعمیر و بهسازی ⬜  ⬜ پله ساخت ⬜ تعمیر و بهسازی ⬜  ⬜سایر با ذکر مورد .................................... |
| 44 | **آیا سالمند به پوشاک متناسب با فصل دسترسی دارد؟** بلی ⬜ خیر ⬜ |
| 45 | **سالمند به کدامیک از گروههای غذایی دسترسی دارد؟**  ⬜لبنیات(شیر، ماست، دوغ، پنیر، کشک، بستنی) روزانه ⬜ هفتگی ⬜ ماهانه ⬜ دسترسی ندارد ⬜  ⬜گوشت و تخم مرغ روزانه ⬜ هفتگی ⬜ ماهانه ⬜ دسترسی ندارد ⬜  ⬜ میوه و سبزی روزانه ⬜ هفتگی ⬜ ماهانه ⬜ دسترسی ندارد ⬜  ⬜ حبوبات و مغزیجات روزانه ⬜ هفتگی ⬜ ماهانه ⬜ دسترسی ندارد ⬜ |
| 46 | **سالمند در حال حاضر برای کدام نیازهای زندگی خود (بجز بهداشت و درمان) به مراقب یا حمایت نیاز دارد؟**  خرید مایحتاج زندگی ⬜ پخت و پز ⬜ نظافت شخصی ⬜ نظافت منزل ⬜ گرفتن نوبت دکتر ⬜  همراه برای مراجعه به مراکز تشخیصی/بهداشتی/درمانی ⬜ سایر ⬜ باذکر نوع خدمت مورد نیاز ............................ نیازی ندارد ⬜ |
| 47 | **درصورت پاسخ بلی به چه کسی نیاز دارد؟**  همسر ⬜ پرستار ⬜ فرزندان ⬜ اقوام ⬜ دوست یا آشنایان ⬜ مراقب رسمی ⬜ سایر⬜با ذکر عنوان ................. |
| 48 | **مهمترین اولویت در رفع مشکل از نظر خود سالمند کدام است ؟ (عدد گذاری اولویت )**  سلامت ⬜ مالی ⬜ حمایت اجتماعی - روانی ⬜ |
| 49 | **آیا سالمند برای دریافت خدمات و مراقبت ها به مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه سلامت/ خانه بهداشت مراجعه می کند؟**  بلی ⬜ خیر ⬜ |
| 50 | **اگر پاسخ به سوال قبل خیر است، علت چیست؟**  عدم اطلاع از مرکز بهداشتی/پایگاه بهداشت نزدیک محل سکونت ⬜ عدم اطلاع از خدمات و مراقبت هایی که به سالمندان ارائه می شود ⬜  عدم تمایل به مراجعه به دلیل نداشتن مشکل سلامتی ⬜ ناتوانی جسمی در مراجعه به مرکز ⬜  مسافت طولانی محل سکونت از نزدیک ترین مرکز خدمات جامع سلامت ⬜ برخورد نامناسب پرسنل مراکز بهداشتی ⬜  وجود پله و فضای فیزیکی نامناسب ⬜ شلوغی مرکز و معطلی زیاد ⬜ ترس از ابتلا به کرونا ⬜  مناسب نبودن خدمات مراکز بهداشت/ پایگاه های سلامت با نیازهای آنان ⬜ تمایل به دریافت خدمات و مراقبت ها از بخش خصوصی/ متخصص ⬜  سایر ⬜ با ذکر علت ................. |

**چنانچه سالمند مشکل و یا نیازی دارد که در پرسشنامه قید نشده در زیر نوشته شود**

**..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**نام و نام خانوادگی تکمیل کننده پرسشنامه: سمت: تاریخ تکمیل پرسشنامه:**

**اطلاعات استخراجی از پرسشنامه نیاز سنجی**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نتایج نیاز سنجی** | **سوال مرتبط در پرسشنامه** |
| **1** | **مشکل در دسترسی به تلفن ثابت یا همراه** | **سوال 7** |
| **2** | **سن بالای 75 سال** | **سوال 9** |
| **3** | **حاشیه نشین** | **سوال 11** |
| **4** | **بیسواد** | **سوال 13** |
| **5** | **فاقد بیمه پایه** | **سوال 14** |
| **6** | **فاقد بیمه تکمیلی** | **سوال 15** |
| **7** | **تنهایی** | **سوال 16** |
| **8** | **عدم دسترسی به کمک در مواقع اضطراری** | **سوال 17** |
|  | **عدم دسترسی به موبایل هوشمند** | **سوال 18** |
| **9** | **عدم توانایی استفاده از موبایل هوشمند** | **سوال 19** |
| **10** | **عدم عضویت در فضای مجازی** | **سوال 20** |
| **11** | **ناتوانی فعالیت های روزمره** | **سوال 21** |
| **12** | **ناتوانی در بیرون رفتن از منزل** | **سوال 22** |
| **13** | **دارای بیماری صعب العلاج** | **سوال 23** |
| **14** | **دارای اختلال شناخت/ بیماری روانی** | **سوال 24** |
| **15** | **هم ابتلایی** | **سوال 25** |
| **16** | **عدم دریافت مراقبت های پزشکی/ درمان ناقص** | **سوال 26** |
| **17** | **نیاز به کمک جهت ادامه درمان** | **سوال 27** |
| **18** | **نیاز به مراقب جهت خدمات بهداشتی درمانی** | **سوال 28** |
| **19** | **بستر خواب** | **سوال 30** |
| **20** | **نیاز به اقدامات/ تجهیزات کمک حرکتی** عصا ⬜ واکر ⬜ ویلچر⬜ | **سوال 32** |
| **21** | **نیاز به اقدامات/ تجهیزات کمکی بینایی** ویزیت چشم پزشک⬜ عینک ⬜ عصای سفید ⬜ عمل جراحی ⬜ | **سوال 34** |
| **22** | **نیاز به اقدامات/ تجهیزات کمک شنوایی**  ویزیت پزشک ⬜ سمعک ⬜ عمل جراحی⬜ | **سوال 36** |
| **23** | **نیاز به اقدامات/ تجهیزات دهان و دندان** معاینه دندانپزشک ⬜ دست دندان مصنوعی⬜ دندان مصنوعی نیمه (پارسیل) ⬜ کشیدن دندان ⬜ پر کردن دندان ⬜ | **سوال 38** |
| **24** | **نیاز به مشاوره پیشگیری از تداخلات داروئی** | **سوال 39** |
| **25** | **نیاز به مشاوره ترک دخانیات، مواد، الکل** | **سوال 40** |
| **26** | **نیاز به حمایت مالی:** مستمری بازنشستگی ناقص ⬜ یارانه دولتی ماهیانه ⬜ حمایت مالی فرزندان، اقوام، همسایه ها و ... ⬜ تحت پوشش خیریه ⬜ سایر با ذکر مورد................. ) هیچکدام ⬜ | **سوال 41** |
| **27** | **نیاز به ساخت، تعمیر و بهسازی منزل :** سرویس بهداشتی ⬜ آشپزخانه/محل پخت و پز ⬜ محل خواب حمام ⬜ پله ⬜ | **سوال 43** |
| **28** | **نیاز به پوشاک مناسب** | **سوال 44** |
| **29** | **نیاز به بسته معیشتی و غذایی :** نیاز خفیف ⬜ نیاز متوسط ⬜ نیاز شدید ⬜ | **سوال 45** |
| **30** | **نیاز به خدمات / مراقبت های اجتماعی :** خرید مایحتاج زندگی ⬜ پخت و پز ⬜ نظافت شخصی ⬜ نظافت منزل ⬜ گرفتن نوبت دکتر ⬜ همراه برای مراجعه به مراکز تشخیصی/ بهداشتی/درمانی ⬜ سایر ...................................... | **سوال 46** |
| **31** | **اولویت نیاز از دیدگاه سالمند** سلامت ⬜ مالی ⬜ حمایت اجتماعی - روانی ⬜ | **سوال 48** |
| **32** | نیاز به اطلاع رسانی آدرس مرکز بهداشتی/پایگاه بهداشت نزدیک محل سکونت ⬜ نیاز به اطلاع رسانی خدمات و مراقبت هایی که به سالمندان ارائه می شود ⬜  مشاوره در خصوص لزوم دریافت خدمات غربالگری و پیشگیری ⬜ نیازمند همراه جهت مراجعه به مراکز یا مراقبت در منزل⬜  نیازمند کمک در ایاب و ذهاب⬜ نیازمند آموزش پرسنل در ارتباط با سالمند⬜ نیاز به بهسازی فضاهای ارائه خدمات بهداشتی⬜  اولویت دهی به سالمندان در ارائه خدمات سلامت و برنامه نوبت دهی⬜ آموزش اصول حفاظت فردی و تکمیل واکسیناسیون کووید⬜ | **سوال 50** |