

کتابچه آموزشی

مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء

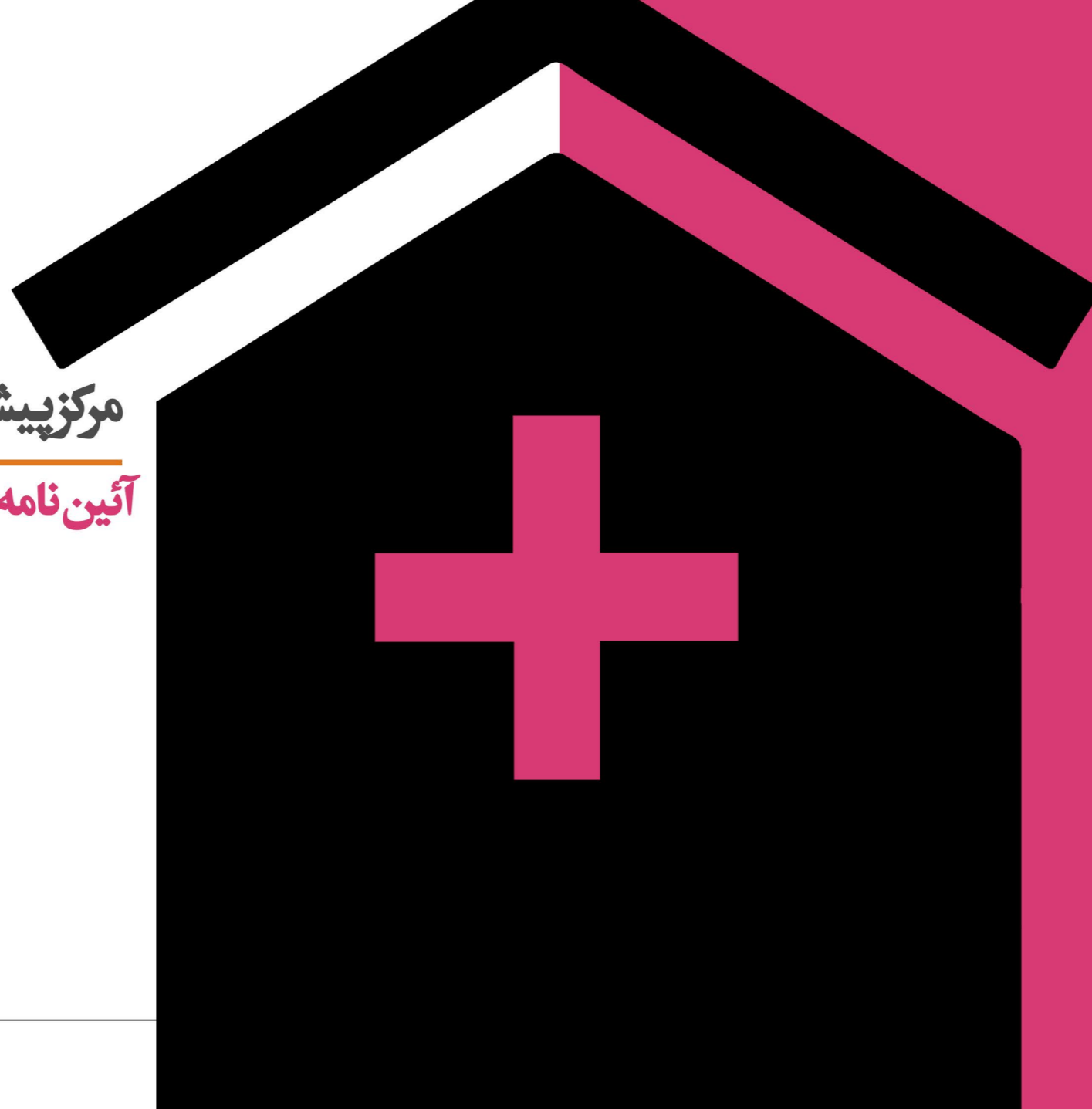
آئین نامه اجرائی شبکه مراقبت در منزل

تهیه و تنظیم: دکتر دیناسادات علوی



MACSA
مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء

شعبه اصفهان



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

آئین نامه اجرائی شبکه مراقبت در منزل

تهیه کننده: دکتر دینا سادات علوی



مکسا
MACSA
مرکز مشاوره و کنسولترستان آرا

ای پردہ نشین حرمِ غیبِ اعلیٰ
بیرونِ شواذِ این پردہ کہ مقصودِ جھکسانی

فهرست مطالب

۹	مقدمه
۱۴	تاریخچه واحد
۲۴	توانمندی های فردی احراز شغل
۳۴	شبکه مراقبت در منزل در مراقبت های حمایتی و تسکینی
۴۰	فرایند کار در واحد مراقبت در منزل
۸۰	نحوه کار با سایت سلامت مکسا

بیماری سرطان

بیماری سرطان از مهم‌ترین عوامل مرگ و میر در ایران می‌باشد. برآورد سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که تعداد موارد سرطان تا سال ۲۰۲۰ میلادی دو برابر خواهد شد و حدود دو سوم این افزایش در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران رخ خواهد داد.

در حال حاضر سالانه حدود ۱۱۰ هزار مورد جدید سرطان در کشور کشف می‌شود و در حدود نهمصد هزار بیمار با تشخیص سرطان در کشور زندگی می‌کنند. سالانه حدود ۶۰ هزار مرگ و میر در ایران به علت سرطان رخ می‌دهد و هزینه‌های مستقیم درمان سرطان در کشور سالانه بیش از ۲ هزار میلیارد تومان می‌باشد. بر اساس پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی (who)، مهم‌ترین اقدام در راستای کنترل همه جانبه و موثر سرطان تدوین و اجرای برنامه جامع ملی کنترل سرطان شامل چهار برنامه اصلی: ۱- پیشگیری اولیه ۲- تشخیص زود هنگام ۳- تشخیص و درمان بیماری ۴- مراقبت‌های حمایتی و تسکینی می‌باشد. متأسفانه برنامه جامع کنترل سرطان هنوز در سطح ملی اجرایی نشده است و با وجود مراکز محدودی به این منظور، کماکان مراقبت‌های مرتبط با سرطان به شکل ناقص و بدون برنامه راهبردی مدون و با حداقل امکانات در بعضی از حیطه‌ها ارائه می‌شود. در چنین شرایطی غالب منابع مالی صرف تشخیص و درمان بیماری



مکسا
MACSA
مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آرا

شده و سایر مراحل کنترل جامع سرطان از جمله پیشگیری اولیه، تشخیص زود هنگام و مراقبت‌های حمایتی و تسکینی مغفول می‌ماند.

مراقبت‌های حمایتی و تسکینی

در بین مراحل کنترل جامع سرطان، جای خالی مراقبت‌های حمایتی و تسکینی بیش از سایر خدمات به چشم می‌خورد. بیماران بسیاری علی‌رغم صرف هزینه‌های هنگفت درمانی به دلیل مشکلات روحی و روانی بهبودی کامل نمی‌یابند و یا پس از پیشرفت بیماری و قطع درمان دوران انتهایی حیات را بدون دریافت مراقبت‌های حمایتی، با درد و رنج‌های بسیار، با مواجهه با ظرفیت محدود بیمارستان‌های دولتی و هزینه‌های چشم‌گیر بیمارستان‌های خصوصی، با نبود خدمات مراقبت در منزل و تردهای طاقت‌فرسای پی‌درپی به بیمارستان‌ها و با پیچیده‌ترین مشکلات عاطفی، اجتماعی، معیشتی، روحی و روانی سپری می‌کنند.

مراقبت‌های حمایتی و تسکینی (Supportive and Palliative Care) به مراقبت‌هایی گفته می‌شود که از لحظه تشخیص بیماری، برای کاهش درد و رنج جسمی و روانی بیمار و عوارض ناشی از درمان بیماری با هدف افزایش کیفیت زندگی به کمک بیمار و خانواده او آمده و به افزایش رضایت‌مندی بیماران و خانواده آن‌ها، منجر می‌شود. این مراقبت‌ها در تلفیق کامل با روند درمان و از طریق هماهنگی بین درمانگر و تیم مراقبتی، به ارائه خدمات چند رشته‌ای در مدیریت و کنترل عوارض جسمی بیماری از جمله درد، تهوع و استفراغ، مشکلات تنفسی، کاهش اشتها، مشکلات روده و مثانه، یبوست، زخم‌ها و همچنین رفع مشکلات عاطفی، روحی-روانی، خانوادگی، فرهنگی، اجتماعی، معنوی، شغلی و زندگی روزمره بیمار می‌پردازد. توجه همزمان به آموزش، مشاوره، حمایت و مراقبت از خانواده بیمار به منظور مدیریت بهینه فرآیند بیماری، از ویژگی‌های بارز این خدمات

بوده که مانع از ورود آسیب‌های جدی روانی، اجتماعی و اقتصادی به بیمار و خانواده او می‌شود. درمان‌های رایج سرطان از جمله شیمی‌درمانی، پرتودرمانی و جراحی به عنوان مراقبت‌های علاجی بر افزایش طول عمر بیمار تمرکز دارند و مراقبت‌های حمایتی و تسکینی با تمرکز بر افزایش کیفیت زندگی بیمار و خانواده‌اش به کنترل کلیه علائم آزاردهنده بیماری می‌پردازند.

معرفی مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء (مکسا)

مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء (مکسا) یکی از مراکز تابع بنیاد خیریه راهبری آلاء می‌باشد. رسالت اصلی مکسا در زمینه کنترل سرطان، تولید دانش و انجام فعالیت‌های دانش محور در عرصه مراقبت‌های حمایتی و تسکینی می‌باشد. مکسا به عنوان اولین سازمان مردم نهاد در زمینه پژوهش، آموزش و ارائه مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در حال حاضر با بهره‌گیری از دیدگاه‌های تخصصی اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی، بزرگ‌ترین و حرفه‌ای‌ترین همکار نظام سلامت در موضوع مراقبت‌های حمایتی و تسکینی بوده و طی تفاهم‌نامه‌ای که در این خصوص با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منعقد نموده و عهده‌دار ارائه خدمات در این عرصه در سطح ملی می‌باشد. همچنین علاوه بر انعقاد تفاهم‌نامه با دانشگاه‌های علوم پزشکی، مکسا به منظور بهره‌مندی از دانش و تجربه مراکز پیش‌تاز جهان در زمینه کنترل سرطان و به ویژه مراقبت‌های حمایتی و تسکینی، انستیتو کوری فرانسه (Insttiut Curie) را به عنوان همکار علمی خود انتخاب نموده و به منظور توسعه همکاری‌های همه جانبه با این موسسه تفاهم‌نامه همکاری منعقد نموده است.

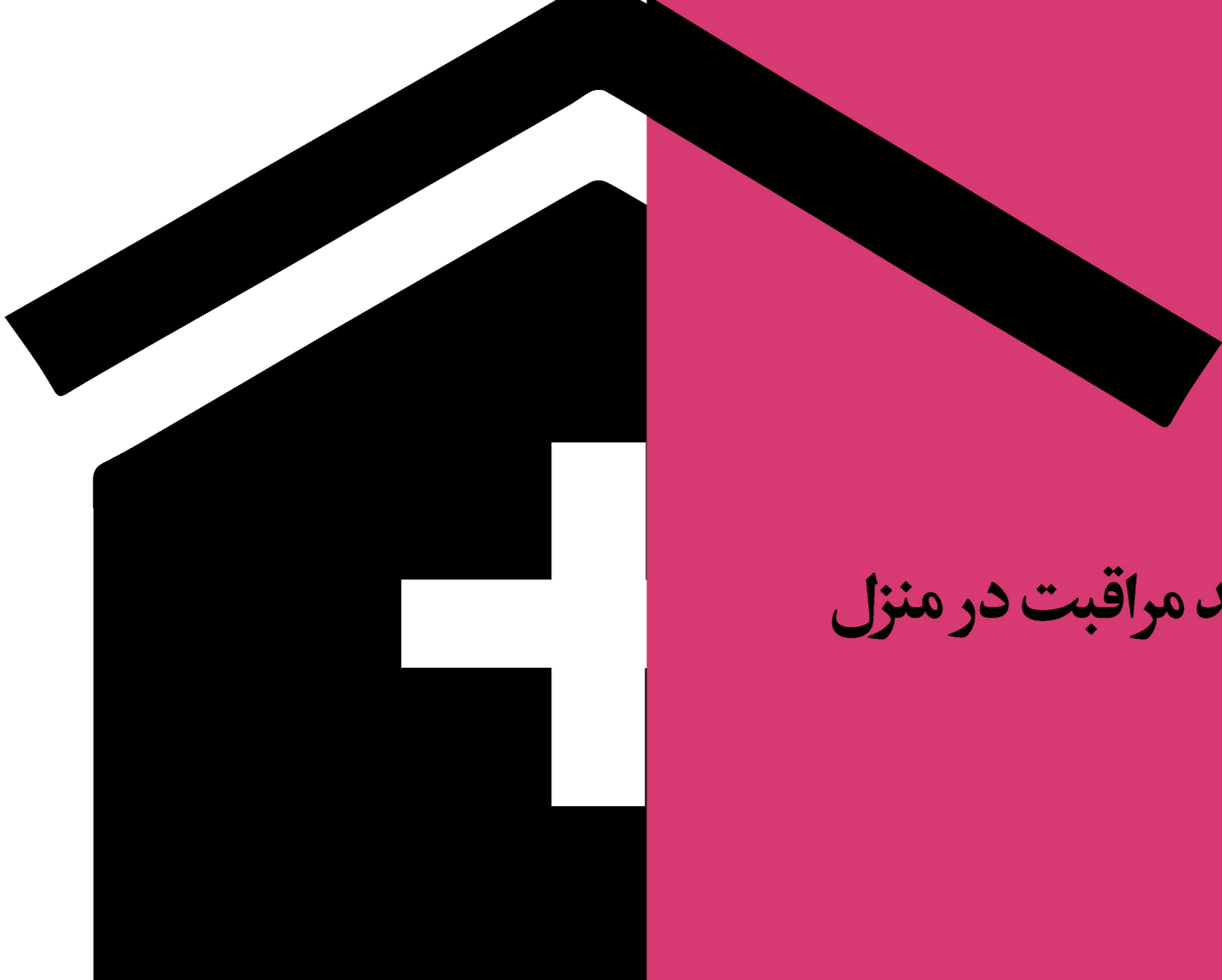
مکسا به عنوان یکی از اعضای هیئت موسس، نقش بسیار موثری در شکل‌گیری شبکه ملی تشکل‌های مردمی و موسسات خیریه حوزه سرطان ایران با مشارکت معاونت اجتماعی وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی داشته و در حال حاضر نقش فعالی در عرصه راهبری ارائه مراقبت‌های حمایتی و تسکینی و توسعه ارائه این خدمات با آموزش و مشارکت تشکل‌های مردمی دارد. دسترسی بیش از ۲۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان کشور و خانواده آن‌ها به خدمات جامع و استاندارد حمایتی و تسکینی چشم‌انداز مکسا در سال ۱۴۰۴ می‌باشد.

از زمان تاسیس مکسا در سال ۱۳۸۸ تا پایان ۱۳۹۹، بیش از ۲۱۰۰۰ بیمار مبتلا به سرطان و خانواده آن‌ها از مراقبت‌های حمایتی و تسکینی این مرکز به صورت رایگان در کلینیک‌های بازتوانی و شبکه مراقبت در منزل مکسا و همچنین با نرخ دولتی (رایگان برای بیماران نیازمند) در بخش‌های بیمارستانی مراقبت‌های حمایتی و تسکینی تحت مدیریت مکسا استفاده نموده‌اند. در شبکه مراقبت در منزل مکسا تا پایان ۱۳۹۹ بیش از ۷۳۰۰۰ خدمت ارائه شده است که بی‌شک در بسیاری موارد از مراجعه بیمار به مراکز درمانی و اشغال تخت‌های بیمارستانی و تحمیل درد و رنج حمل و نقل بیمار، جدایی از خانواده و پرداخت هزینه جلوگیری شده است.



تاریخچه واحد مراقبت در منزل



با توجه به نیاز مبرم بیماران در مراحل انتهایی به خدمات پزشکی، هزینه‌های هنگفت بیمارستانی و مشقت فراوان خانواده و بیمار برای بستری‌های مکرر در اورژانس بیمارستان‌ها، خدمات مراقبت در منزل جزء مهم‌ترین خدمات مورد نیاز می‌باشد. به همین منظور شعبه اصفهان مکسا، برای اولین بار در سطح کشور خدمات مراقبت در منزل مخصوص بیماران مبتلا به سرطان را از سال ۱۳۹۱ شروع نموده و به تدریج در قالب شبکه مراقبت در منزل و با مجوز مرکز طب پیشگیری و ارتقاء سلامت آلاء، در سطح شهر اصفهان و پس از آن در تهران نهادینه کرده است.

هدف اصلی این مرکز کاهش درد و رنج جسمی بیمار و مسائل خانواده او، با گسترش ارائه خدمات در منازل بیماران و همچنین پوشش راهنمایی تلفنی ۲۴ ساعته می‌باشد.

هدف این آیین نامه تهیه و تدوین فرایندها و دستورالعمل‌های کامل و جامع در خصوص نحوه اجرای برنامه مراقبت در منزل و همچنین ارائه‌ی الگویی شفاف و مشخص به منظور بهره‌گیری کلیه شعب مکسا و دیگر مراکز بیرونی طرف قرارداد جهت اجرایی نمودن خدمات مراقبت در منزل می‌باشد.

تعداد HC های مرکز تا اردیبهشت ۱۳۹۲، توسط

- پزشکان: آقای دکتر مرندي، آقای دکتر کشاورز، خانم دکتر قربانی و خانم دکتر پرستگاری

- پرستاران: آقای واعظ، آقای نایب و آقای جمالی

۲۶۰ مورد پزشکی تیم و ۱۱۰ مورد پزشکی آنکال

۲۱ مورد پرستاری شیفت و ۵۶ مورد پرستاری آنکال

تغییر روند تشکیل پرونده و ویزیت اولیه بیمار در کلینیک از اوایل سال ۱۳۹۲، توسط پزشک ثابت در شیفت صبح مرکز: دکتر دینا سادات علوی

به صورت تشکیل پرونده پزشکی بر اساس پاتولوژی بیمار و بررسی نیازهای بیمار برای ارجاع به واحد مراقبت در منزل یا واحدهای مشاوره ای و درمانی در کلینیک و پیگیری تلفنی بیماران.

مدیریت همزمان پزشکی کلینیک و واحد مراقبت در منزل توسط یک پزشک در مرکز: تا شهریور ۱۳۹۳

تعداد HC های مرکز از خرداد ۱۳۹۲- (۱۳۹۲/۳/۱) تا ۱۳۹۳/۶/۱، توسط

- پزشکان: آقای دکتر مرندي، آقای دکتر کشاورز، آقای دکتر بدیعی، آقای دکتر ممیز، آقای دکتر نصر، آقای دکتر حریری و آقای دکتر مجیدی نژاد

- پرستاران: آقای واعظ، آقای نایب و آقای جمالی

۸۰۹ مورد پزشکی تیم، ۵۶۳ مورد پزشکی آنکال

۳۸۸ مورد پرستاری شیفت و ۲۷۶ مورد پرستاری آنکال

مدیریت مستقل واحد پزشکی کلینیک از مدیریت شبکه مراقبت در منزل:

از شهریور ۹۳

با شروع همکاری دکتر سارا دهقانی و دکتر محبوبه آقا نوری در مرکز

مدیریت واحد پزشکی کلینیک در تشکیل پرونده بیماران جدید و پیگیری تلفنی بیماران سرپایی مرکز از شهریور ۹۳ تا هم اکنون (آذر ۹۹) توسط خانم دکتر سارا دهقانی

در کنار سایر همکاران:

- دکتر محبوبه آفانوری: شهریور ۹۳ تا شهریور ۹۵

- دکتر فرشته آیتی: مهر ۹۳ تا اسفند ۹۴

- دکتر مهشید فرشید نژاد: دی ۹۴ تا تیر ۹۷

- دکتر فرشته برزویان: دی ۵۹

- دکتر نفیسه مظاهری: تیر ۹۷ تا خرداد ۹۹

- دکتر فاطمه علوی: اسفند ۹۵ تا تا خرداد ۹۷

- دکتر ریحانه امیر معزی: خرداد ۹۷ تا اذر ۹۷

- دکتر مهناز اسکندری: اسفند ۹۶ تا تیر ۹۷

- دکتر امینه صفایی: تیر ۹۷ تا آبان ۹۹

مدیریت شبکه مراقبت در منزل

از ۱۳۹۲ تا به امروز (آذر ۹۹) توسط دکتر دینا سادات علوی

به کمک همکاران مقیم مرکز:

- آقای میثم شعر بافچی زاده: از اسفند ۹۴ تا اکنون

- دکتر نفیسه مظاهری: از فروردین ۹۶ تا خرداد ۹۶

- دکتر ریحانه امیر معزی: از خرداد ۹۶ تا خرداد ۹۷

- دکتر فاطمه علوی: از خرداد ۹۷ تا تیر ۹۸

- دکتر هاله احمدی نسب: از آبان ۹۸ تا اکنون

تعداد HC های مرکز از ۹۳/۶/۱ تا به امروز:

۹۷۸۱ مورد پزشکی تیم، ۶۱۱ مورد پزشکی آنکال

۵۳۳۶ مورد پرستاری شیفت، ۱۵۲۱ مورد پرستاری آنکال

لیست همکاران مرکز در HC های پزشکی

نام همکار	شروع همکاری	پایان همکاری
دکتر مرندي	۹۱/۱۲	ادامه دارد
دکتر کشاورز	۹۱/۸	ادامه دارد
دکتر پرستگاری	۹۱/۷	۹۲/۲
دکتر قربانی	۹۱/۸	۹۲/۲
دکتر بدیعی	۹۲/۴	۹۳/۲
دکتر ممیز	۹۲/۴	۹۲/۷
دکتر حریری	۹۳/۳	۹۷/۲
دکتر صالح پور	۹۳/۶	ادامه دارد
دکتر طاهریان	۹۳/۶	۹۸/۵
دکتر کوخایی	۹۴/۱	۹۶/۱۱
دکتر مجیدی نژاد	۹۳/۳	ادامه دارد
دکتر شیرانی	۹۳/۱۰	ادامه دارد
دکتر ابوطالبی	۹۳/۱۰	ادامه دارد
دکتر رجب زاده	۹۳/۷	۹۸/۳
دکتر کرمی	۹۴/۶	۹۷/۳
دکتر کرمی (دندانپزشک)	۹۶/۲	۹۶/۸

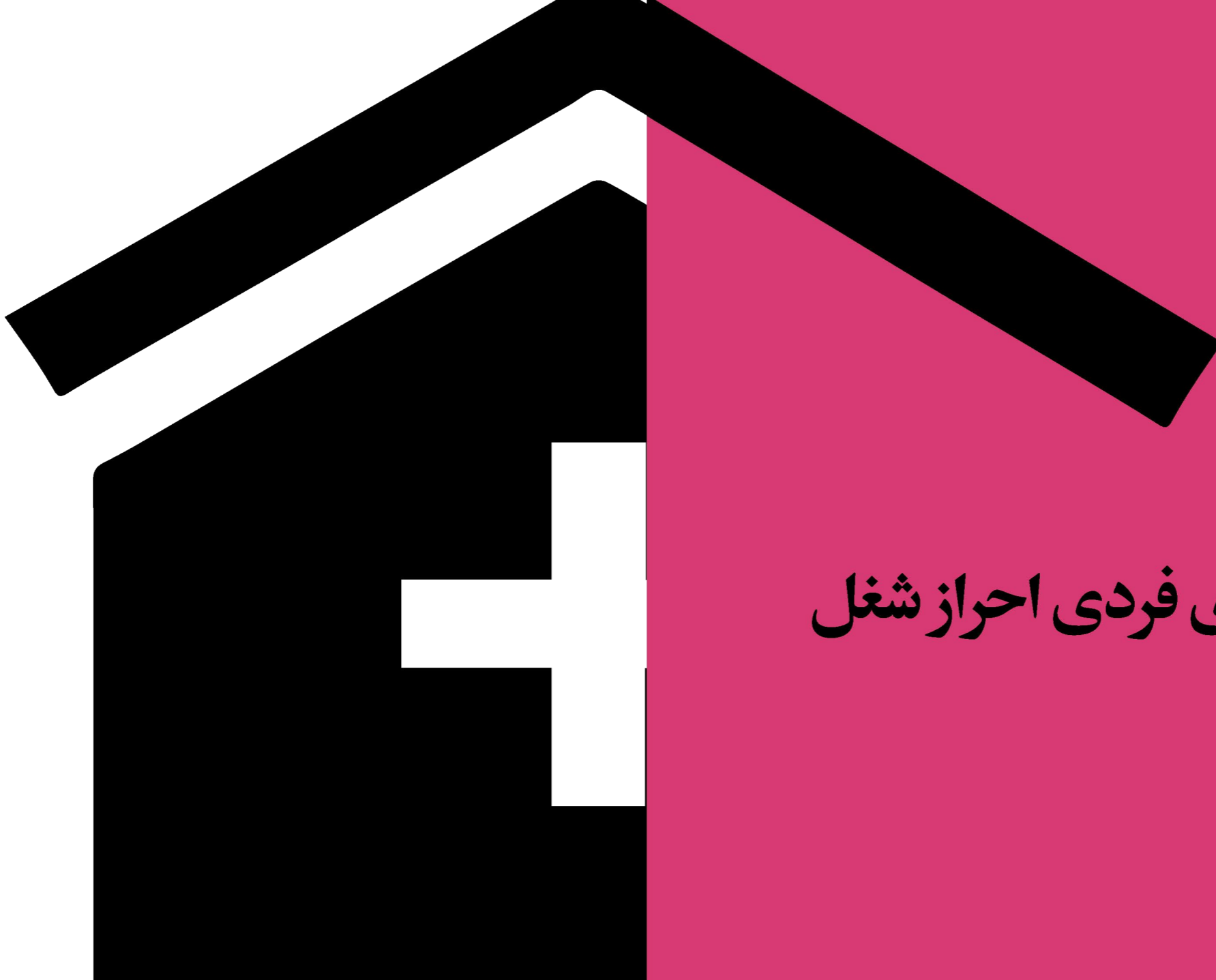
لیست همکاران مرکز در HC های پرستاری

نام همکار	شروع همکاری	پایان همکاری
دکتر روستا	۹۴/۹	۹۷/۷
دکتر ابطحی	۹۳/۹	ادامه دارد
دکتر آیتی	۹۳/۷	۹۳/۸
دکتر دهقانی	۹۳/۵	۹۳/۹
دکتر آقا نوری	۹۳/۵	۹۳/۷
دکتر نصر	۹۲/۸	۹۶/۸
دکتر اکبری	۹۶/۲	ادامه دارد
دکتر شکرانی	۹۶/۶	ادامه دارد
دکتر یاقوتی	۹۷/۳	۹۸/۷
دکتر سلوکی	۹۸/۷	ادامه دارد
دکتر قاسمی	۹۸/۸	ادامه دارد

لیست همکاران مرکز در HC های پرستاری

نام همکار	شروع همکاری	پایان همکاری
آقای نایب نظر	۹۱/۷	۹۷/۹
آقای واعظ	۹۲/۲	ادامه دارد
آقای تیموری	۹۳/۶	ادامه دارد
آقای جعفری	۹۶/۱۱	ادامه دارد
آقای حلبیان	۹۷/۱۰	ادامه دارد
آقای رفیعی	۹۸/۱	ادامه دارد
خانم رسولی	۹۸/۵	ادامه دارد
خانم رسایی	۹۵/۳	۹۸/۲
آقای هاشمی	۹۷/۳	۹۷/۴
خانم دامغانیان	۹۷/۸	۹۷/۱۱
آقای جمالی	۹۱/۱۱	۹۶/۱۱

توانمندی‌های فردی احراز شغل



مشخصات شغل	
نام مرکز	مرکز کنترل سرطان انتخاب- شعبه اصفهان
عنوان شغل	پزشک مراقبت در منزل
عنوان سرپرست	سرپرست مستقیم
	سرپرست غیر مستقیم
مدیر فنی	
تعریف کلی شغل (علت وجودی شغل)	بیماران مبتلا به سرطان در مراحل پایانی بیماری خود ممکن است توانمندی حرکتی خود را از دست داده و در منزل زمین گیر شوند. به همین دلیل برای این گونه بیماران مراقبت‌های پزشکی می‌بایستی در منزل ارائه گردد. کار عمده تیم پزشکی مراقبت در منزل، معاینه، گرفتن شرح حال و نیز انجام اقدامات پزشکی تسکینی طبق گایدلاین‌های علمی مراقبت در منزل می‌باشد.
واحد سازمانی	گروه مراقبت پزشکی- شبکه مراقبت در منزل
نام مشاغل مرتبط	پزشک طب تسکینی - مسئول شبکه مراقبت در منزل
نام مشاغل پیش نیاز	-

شرح شغل

۱. ارائه خدمات پزشکی تسکینی:
 - ۱-۱- اخذ شرح حال و تجزیه و تحلیل سوابق و گزارش‌ها در پرونده بیماران.
 - ۱-۲- تجویز، انجام و تفسیر کلیه اقدامات پاراکلینیک و معاینه کامل برای تشخیص وضعیت بیماران.
 - ۱-۳- ویزیت منظم بیماران بر اساس برنامه زمانی تعیین شده.
 - ۱-۴- ارتقاء سطح مراقبت جسمی برای درمان درد و رنج جسمانی ناشی از بیماری و عوارض حاصل از درمان.
 - ۱-۵- ارائه مشاوره به بیمار و خانواده در خصوص مشکلات مرتبط با بیماری و درمان و خدمات قابل ارائه.
 - ۱-۶- آموزش بیمار و خانواده در خصوص ماهیت، سیر و مدیریت بیماری.
 - ۱-۷- انجام Family Care برای خانواده بیماران End stage و ... در صورت لزوم.
۲. مدیریت جامع بیمار و ارجاع وی بر اساس نوع علائم و تشخیص به پزشک متخصص در صورت لزوم.
۳. ارزیابی اثربخشی درمان، دقت، صحت و کامل بودن تشخیص و تغییر برنامه و تشخیص در صورت لزوم.
۴. پاسخگویی و ارائه خدمات مشاوره تلفنی به بیماران و خانواده‌های آن‌ها.
۵. پیگیری تلفنی بیماران بر اساس زمان‌بندی مشخص و ثبت ویزیت تلفنی در پرونده کتبی.
۶. ارجاع بیمار به سایر واحدها در صورت نیاز و با توجه به نوع تشخیص.
۷. ثبت تمامی اقدامات انجام شده برای بیمار شامل روند بیماری، تشخیص و درمان، در پرونده کتبی و الکترونیک.
۸. مشورت با دیگر پزشکان، درمان‌گران و سایر پرسنل مراقبتی در مورد مراقبت از بیمار.
۹. انجام کلیه امور فوق‌الذکر منطبق بر فرایند مصوب اجرایی مخصوص واحد/ درمانگاه و محل مربوط.
۱۰. پایبندی بر رعایت منشور حقوق بیمار و رعایت موازین شرعی و اخلاقی در ارتباط با بیماران و همراهان آن‌ها.
۱۱. حضور فعال در برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزشی مرتبط با موضوع.
۱۲. مشارکت و همکاری در راستای آموزش حین خدمت نیروها و برگزاری دوره‌های آموزشی مدون.
۱۳. مشارکت و همکاری در تهیه و تدوین گایدلاین‌ها، کتب، بروشورها و جزوات مرتبط با موضوع.
۱۴. مشارکت و همکاری در راستای طراحی و اجرای پژوهش‌های مرتبط.
۱۵. مشارکت و همکاری در راستای مستندسازی کلیه خدمات و اقدامات.
۱۶. تعامل و همکاری با واحد طرح و برنامه مرکز مربوط در زمینه طراحی و بهینه‌سازی فرایندها، نظام‌نامه‌ها و آیین‌نامه‌ها.
۱۷. ارائه ایده‌ها و طرح‌های نو در راستای اعتلا و پیشرفت سازمان.
۱۸. ارائه گزارش از اقدامات صورت گرفته در دوره‌های زمانی از پیش تعیین شده به مقام بالادست.
۱۹. اجرای سایر امور محوله از طرف مقام بالادست.

وظایف شغل

مسئولیت‌ها و اختیارات		
تعداد افراد تحت سرپرستی	مستقیم	۱
	غیرمستقیم	-
دسترسی به منابع مالی	مسئولیت مستقیم	-
	مسئولیت غیرمستقیم	-
منابع فیزیکی	در قبال تجهیزات اداری شخصی	بدون مسئولیت
	در قبال تجهیزات اداری خاص و حساس	بدون مسئولیت
	در قبال دستگاه و ماشین آلات کاری	دارای مسئولیت متوسط به صورت دائم یا دارای مسئولیت زیاد به صورت دوره ای
	مسئولیت در قبال مواد، مصالح و انرژی	دارای مسئولیت کم به صورت دائم یا دارای مسئولیت متوسط به صورت دوره ای
قدرت تصمیم‌گیری و حل مساله لازم برای شغل		زیاد
استقلال و آزادی عمل لازم		ناچیز
مسئولیت در برابر خطاها و اشتباهات (نتایج خطا)		خطاها به طور کامل قابل جبران نیست و بر عملکرد/اهداف کوتاه مدت سازمان تأثیرات منفی غیرقابل جبرانی دارد.
رویه‌ها، روش‌ها و سیستم‌ها		پیاده سازی رویه‌ها، روش‌ها و سیستم‌ها
مقررات، خط مشی و استراتژی‌ها		عدم مسئولیت در این حوزه
میزان نظارت و پاسخگویی به مدیر مستقیم		جزئیات
سادگی و پیچیدگی فرم‌ها و گزارش‌ها، اسناد و مدارک		پیچیده
محرمانه بودن/ نبودن فرم‌ها و گزارش‌ها، اسناد و مدارک		دارای محرمانگی متوسط
تدوین/ نظارت فرم‌ها و گزارش‌ها، اسناد و مدارک		تدوین و نظارت

زمینه‌های کاری

<ol style="list-style-type: none"> ۱. مسئول نتایج کار دیگران ۲. قرارگیری در محیط آلوده (عفونی) ۳. استفاده از وسیله نقلیه نظیر اتومبیل ۴. عدم نیاز به اتاق کاری مستقل ۵. حدود نصف زمان کاری به صورت نشسته ۶. خطر بروز اشتباه بسیار جدی است ۷. تأثیر و نتیجه زیاد بر دیگر کارمندان، شهرت یا منابع مالی بنیاد ۸. دقت خاص و بالا ۹. فعالیت‌های فکری و ذهنی مداوم ۱۰. برنامه کاری نامنظم ۱۱. نیازمند وقت گذاری کمتر از ۴۴ ساعت در هفته 	زمینه‌های اصلی و دائمی
<ol style="list-style-type: none"> ۱. مواجهه با افراد غیر موجه، عصبی و بی ادب ۲. مواجهه با ضرب الاجل‌های سخت 	زمینه‌های فرعی و موقت

ارتباطات			
نیازمند گفتگوی رودررو	هر روز	تعاملات و ارتباطات	
نیازمند سخنرانی عمومی	هرگز		
جلسات کاری	یک یا چند بار در ماه اما نه هر هفته		
نیازمند نامه‌های مکتوب	یک یا چند بار در سال اما نه هر ماه		
تعامل و همکاری با تیم و گروه‌های کاری	کاملاً مهم		
تعامل و ارتباط با مخاطبان و منتفعین از سازمان (ارباب رجوع)	کاملاً مهم	سطح تعاملات	
ارتباطات داخلی (بنیاد و مراکز)	عالی		کم
	میانی		متوسط
	ضعیف		کم
ارتباطات خارجی	عالی		کم
	میانی		متوسط
	ضعیف	زیاد	

شرایط احراز شغل					
حد اقل مقطع تحصیلی	پزشک عمومی	تحصیلات			
رشته تحصیلی مرتبط	پزشکی عمومی - تخصص طب اورژانس - تخصص داخلی - تخصص خون و سرطان - تخصص جراحی				
تجربه کاری مرتبط	بین ۶ تا ۱۲ ماه	تجربیات			
آموزش حین خدمت	بین ۱ تا ۳ ماه				
تسلط کار با رایانه					
			آشنایی با ویندوز و کار با نرم افزارهای آفیس		
			مشاهده وب سایت ها و جستجو های عمومی در فضای اینترنت، چت، ایمیل		
			جستجوهای پیشرفته و علمی		
نرم افزارهای مورد نیاز	Word, Excel, PPT	متوسط			
زبان خارجی	عربی	-			
	انگلیسی	پیشرفته			
دانش و مهارت	مهارت ارتباط و آموزش	متوسط			
تخصصی مورد نیاز	تسلط به مبحث پزشکی تسکینی بر اساس لاگ بوک آموزش پزشکان	پیشرفته			

مهارت‌ها	
۱. استفاده از روش های علمی ۲. استفاده از منطق و استدلال و تفکر ۳. مهارت یادگیری مطالب برای تصمیم گیری آینده ۴. ارزیابی خود و دیگران ۵. آگاهی از واکنش های دیگران و درک علل آن ۶. هماهنگی و سازگاری خود با دیگران ۷. ترغیب دیگران به تغییر ذهن و رفتار ۸. آموزش به دیگران ۹. خدمت رسانی و کمک به دیگران ۱۰. مدیریت زمان خود و دیگران ۱۱. قدرت حل مسائل پیچیده ۱۲. انتخاب ابزار و تجهیزات مورد نیاز	ضروری و اصلی
۱. تجزیه و تحلیل عملیات ۲. کنترل ماشین آلات و دستگاه‌ها	مکمل و فرعی

توانایی‌ها	
۱. درک مطلب شفاهی ۲. درک مطلب کتبی ۳. ارائه مطلب شفاهی ۴. مساله یابی ۵. استدلال قیاسی ۶. حفظ کردن ۷. ادراک انتخابی ۸. تخصیص زمان ۹. درک و پاسخگویی به محرک‌ها ۱۰. نرخ کنترل ۱۱. زمان واکنش ۱۲. توانایی شنیداری	ضروری و اصلی
۱. ارائه مطلب کتبی ۲. تجسم فکری ۳. توانایی بینایی ۴. شیوایی بیان	مکمل و فرعی

A stylized graphic of a house with a black roof and a white cross-like shape on the side, set against a pink background.

شبکه مراقبت در منزل در مراقبت‌های حمایتی و تسکینی

تعاریف و اصطلاحات عمومی مکسا

۱- **مراقبت‌های حمایتی و تسکینی**^{۱۱}: براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO)، مراقبت‌های حمایتی و تسکینی رویکردی است که در بیماران با بیماری تهدید کننده حیات^{۱۲}، از بدو تشخیص بیماری، کیفیت زندگی بیمار و خانواده او را از طریق پیشگیری و تسکین درد و رنج ناشی از بیماری به وسیله تشخیص زودهنگام، ارزیابی بی عیب و نقص و درمان درد و سایر مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بهبود می‌بخشد.

۲- **مرکز**: مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء(مکسا) نهادی برای ارائه خدمات جامع کنترل سرطان در سطح ملی با اولویت مراقبت‌های حمایتی و تسکینی که مدیریت کشوری کلیه شعب استانی و زیرمجموعه‌های آن‌ها را به عهده دارد و از این پس به اختصار مرکز نامیده می‌شود.

۳- **شعبه**: نهادی است که مدیریت استانی خدمات مرکز را در یک استان مشخص برعهده دارد.

۴- **کلینیک باز توانی سرطان**: محلی است که به صورت مستقل یا به عنوان مکانی در بیمارستان، کلیه خدمات سرپایی مراقبت‌های حمایتی و تسکینی را ارائه می‌دهد.

۵- **شبکه مراقبت در منزل**: سیستمی است که کلیه خدمات قابل ارائه مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در منازل بیماران را ارائه می‌دهد.

۶- **نقاهتگاه**^{۱۳}: محلی است که به صورت مستقل یا به عنوان بخشی از بیمارستان، مراقبت نقاهتگاهی^{۱۴} یا مراقبت‌های استراحتی^{۱۵} را برای بیمارانی که شرایط اقامت در منزل ندارند ارائه می‌دهد.

- 1-Supportive and Palliative Care
- 2-Life Threatening illness
- 3-Hospice
- 4-Hospice Care
- 5-Respite Care

۷- **بخش بستری طب تسکینی**: محلی است که به عنوان بخشی از بیمارستان، کلیه خدمات اورژانسی^{۱۶} مراقبت‌های حمایتی و تسکینی که قابل ارائه در کلینیک، منزل و نقاهتگاه نمی‌باشد را ارائه می‌دهد.

۸- **مرکز تماس**^{۱۷}: محلی است که در آن پشتیبانی تلفنی شبانه‌روزی از بیماران تحت پوشش مرکز صورت گرفته و اطلاعات آموزشی در زمینه پیشگیری و تشخیص زودهنگام سرطان به عموم جامعه ارائه می‌گردد.

۹- **مراقبت نقاهتگاهی**: مراقبت نقاهتگاهی، به مجموعه‌ای از مراقبت‌های حمایتی و تسکینی گفته می‌شود که به افراد با بیماری مرحله انتهایی ارائه می‌گردد.

۱۰- **مراقبت استراحتی**: مراقبت از بیمار در بازه زمانی کوتاه (معمولاً ۵ روز)، به منظور تجدید قوا و استراحت خانواده و فراغت از بیمار داری.

۱۱- **بیماری مرحله انتهایی**^{۱۸}: به مرحله‌ای از پیشرفت بیماری تهدید کننده حیات اطلاق می‌شود که در آن به علت پیشرفت بیماری، درمان علاجی^{۱۹} متوقف شده و امید به زندگی بیمار کمتر از ۶ ماه در نظر گرفته می‌شود.

۱۲- **شبکه مددکاری اجتماعی**: مجموعه سازمان یافته از اقشار مختلف جامعه می‌باشد که با یک مدیریت منسجم به صورت داوطلبانه به حمایت از بیماران و رفع نیازهای غیر تخصصی آن‌ها می‌پردازند.

تعاریف و اصطلاحات اختصاصی شبکه مراقبت در منزل

۱- **ویزیت بر تماس (آنکال)**: ویزیت آنکال شامل مواردی است که بر اساس جدول سطوح خدمات (پیوست ۱) در سطح صفر و یا یک است (اورژانسی) و به دلیل تماس ناگهانی امکان جاییابی برای انجام

- 6-Acute
- 7-Call Center
- 8-Terminal Illness
- 9-Curative Treatment

ویزیت به صورت شیفت، وجود ندارد.

۲- برنامه شیفت: بازه زمانی که برای ویزیت بیماران از قبل معین می‌شود. برنامه شیفت بسته به تعداد ویزیت مورد نیاز در قالب شیفت‌های صبح و عصر در کلیه روزهای هفته تنظیم می‌شود. در هر شیفت ۴ یا ۵ بیمار ویزیت می‌شوند.

۳- جدول ارائه سطوح خدمات (تریاژ بیماران): جدولی که بیماران را بر اساس علائم به چهار دسته (صفر، یک، دو و سه) تقسیم می‌کند و زمان‌بندی لازم برای ارائه خدمات مورد نیاز را بر اساس شرایط بیمار مشخص می‌نماید.

۴- پرونده جامع بیمار: پرونده‌ای که تمام اطلاعات مربوط به بیماری از ابتدا و شرح کلیه اقدامات انجام شده در این خصوص در آن وجود دارد و به صورت کتبی و الکترونیک (پرونده الکترونیک سامانه مکسا) وجود دارد (www.macsa.ir/salamat).

کلیات

۱- فرایند ارائه مراقبت حمایتی و تسکینی در مرکز:

۱-۱- مراقبت‌های حمایتی و تسکینی شامل مراقبت‌های همه‌جانبه از بیمار و خانواده او از ابتدای تشخیص بیماری تا پس از فوت بیمار و به شکل ویژه مراقبت نگاهتگاهی در بیماری مرحله انتهایی می‌شود.

۱-۲- مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در قالب کلینیک بازتوانی سرطان، شبکه مراقبت در منزل، نگاهتگاه، بخش بستری طب تسکینی، درمانگاه بیمارستانی طب تسکینی، مرکز تماس و شبکه اجتماعی ارائه می‌شود.

۱-۳- محوریت تشکیل پرونده و ارائه خدمات به بیمار و خانواده در کلینیک بازتوانی سرطان می‌باشد.

۴-۱- مراقبت نگاهتگاهی به شکل ایده‌آل در منزل و در صورت عدم امکان در نگاهتگاه ارائه می‌شود. همچنین ارائه خدمات حاد متناسب با نیاز بیمار به صورت موقت در بخش بستری و درمانگاه طب تسکینی بیمارستان صورت می‌گیرد.

۲- گستره جغرافیایی ارائه خدمات شبکه مراقبت در منزل بر اساس مجوزهای کسب شده می‌باشد و با توجه به منابع و امکانات مرکز می‌تواند متغیر باشد.

۳- جهت ارائه خدمت مراقبت در منزل، بیمار حتما باید در شعبه‌ای از مرکز که گستره جغرافیایی محل زندگی فرد را پوشش می‌دهد، پرونده داشته باشد.

۴- خدمات مراقبت در منزل شامل کلیه خدمات مراقبت حمایتی و تسکینی قابل ارائه در منزل اعم از مشاوره تلفنی ۲۴ ساعته، مراقبت پزشکی تسکینی، مراقبت پرستاری، مراقبت روان‌شناختی، مراقبت معنوی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، طب مکمل، مشاوره تغذیه و مددکاری اجتماعی می‌باشد.

۵- شرایط ورود به برنامه مراقبت در منزل عبارتند از هر کدام از ۲ مورد زیر:

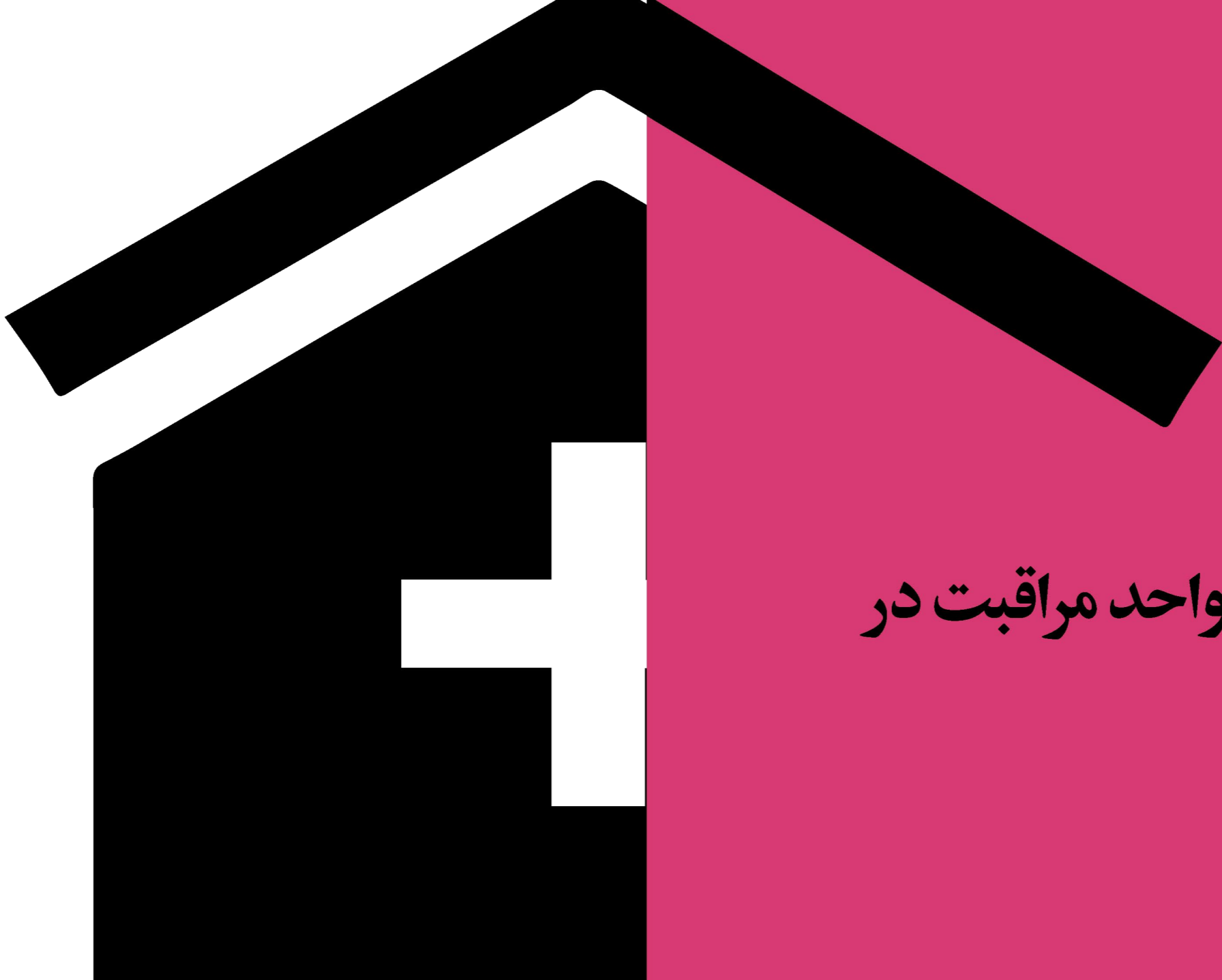
- نمره مقیاس عملکرد تسکینی (PPS_{v1})^[۱۰]، کمتر یا مساوی ۴۰ براساس جدول مقیاس عملکرد تسکینی (پیوست ۲).

- نمره مقیاس عملکرد تسکینی (PPS_{v1})، ۵۰-۷۰ همراه با:

الف) ناتوانی و معلولیت جسمانی قابل توجه به دلایل غیر از بیماری سرطان که رفت و آمد بیمار به مراکز درمانی را با مشکل جدی مواجه کند؛ یا ب) عدم وجود خانواده یا مراقب برای مراقبت از بیمار.

۶- انجام کلیه امور مربوط به انتخاب بیماران، هماهنگی و تنظیم برنامه‌ها بر عهده مسئولین علمی و اجرایی شبکه مراقبت در منزل می‌باشد.

فرایند کار در واحد مراقبت در منزل



ورود بیمار به برنامه مراقبت در منزل

۱- ارزیابی اولیه و تعیین نیاز به دریافت خدمات مراقبت در منزل از طریق ارجاعات و یا در پیگیری دوره‌ای بیماران، توسط پزشک درمانگاه طب تسکینی، بخش طب تسکینی یا کلینیک بازتوانی براساس نمره مقیاس عملکرد تسکینی بیمار صورت می‌گیرد:

- در صورتی که نمره بیمار معادل ۴۰ و کمتر باشد، پرونده بیمار به شبکه مراقبت در منزل ارجاع می‌شود.

- در صورتی که نمره بیمار بالاتر از ۴۰ باشد، پیگیری تلفنی براساس دستورالعمل تریاژ تلفنی بیماران سرپایی (پیوست ۳) توسط پزشک درمانگاه طب تسکینی یا کلینیک بازتوانی انجام شده و در صورت افت نمره مقیاس به ۵۰ یا کمتر پرونده بیمار به مسئول علمی شبکه ارجاع می‌شود.

- پس از ورود پرونده به شبکه مراقبت در منزل در صورت افزایش نمره مقیاس PPS بیمار به بالای ۵۰ طی ۵ ویزیت حضوری یا تلفنی متوالی و تایید نهایی مسئول علمی شبکه، بیمار از برنامه مراقبت در منزل خارج شده و پیگیری تلفنی طبق برنامه بیماران سرپایی انجام خواهد شد.

تبصره: در موارد نیاز اورژانسی بیمار و بر اساس صلاحدید مسئول علمی شبکه مراقبت در منزل، امکان ارائه خدمت برای تنها یک نوبت قبل از تشکیل پرونده وجود دارد.

۲- پس از ارجاع، پرونده بیمار توسط مسئول علمی شبکه بررسی شده و در صورت تایید، اسم بیمار در لیست بیماران مراقبت در منزل وارد شده و در برنامه آنلاین شبکه مراقبت در منزل (www.macsa.ir) ثبت می‌شود.

۳- قبل از شروع ارائه خدمت در منزل، فرم درخواست ارائه خدمات مراقبت در منزل (پیوست ۴) توسط همراهان درجه اول بیمار تکمیل و امضا خواهد شد.

۴- پس از تکمیل فرم درخواست، دفترچه‌ای حاوی اطلاعات ضروری در خصوص ماهیت و سیر بیماری،

نحوه مراقبت از بیمار، نحوه کنترل عوارض بیماری و درمان، موارد ضروری که خانواده بیمار باید با پزشک تماس بگیرند، شماره تماس و ... در اختیار خانواده بیمار قرار می‌گیرد و در صورت امکان کلاس توجیهی حضوری برای خانواده بیماران برگزار می‌شود.

برنامه‌ریزی برای ویزیت بیماران

۱- مسئول علمی شبکه مراقبت در منزل از طرق زیر وضعیت بیماران را رصد نموده و در خصوص نوبت‌های ویزیت برنامه‌ریزی می‌کند:

- گزارش ثبت شده در ویزیت‌های حضوری بالینگران

- تماس تلفنی بیمار یا خانواده با مسئول علمی شبکه

- گزارش ثبت شده توسط پزشک مرکز تماس

- تماس تلفنی با منزل بیماران براساس نوبت‌های تعیین شده قبلی برای پیگیری

۲- در هر کدام از موارد فوق، نیاز بیمار مورد ارزیابی قرار گرفته و در صورت نیاز به مراقبت پزشکی تسکینی، پرستاری، فیزیوتراپی، کاردرمانی، مشاوره تغذیه و ... نوع ویزیت و زمان ویزیت با توجه به وضعیت بیمار بر اساس جدول سطوح ارائه خدمت، مشخص می‌گردد.

۳- برنامه‌ریزی برای ویزیت باید به گونه‌ای باشد که بیماران حداکثر هر ۶ هفته یک بار، ویزیت حضوری پزشکی داشته باشند.

۴- در سطح صفر پزشکی، اولویت با اورژانس ۱۱۵ بوده و در صورتی تیم یا افراد اعزام می‌شوند که پزشک در دسترس بوده و خانواده بیمار نیز آگاهی و آمادگی کامل را برای شرایط وخیم بیماری از جمله فوت

بیمار داشته باشند.

۵- ویزیت‌های پزشکی به صورت عام توسط پزشک عمومی دوره دیده (پیوست ۵: لاگ بوک آموزش پزشکان طب تسکینی) و در موارد خاص و پیچیده یا عدم دسترسی به پزشک عمومی دوره دیده، توسط متخصصین (متخصص داخلی، متخصص طب اورژانس، متخصص جراحی و ...) انجام می‌شود.

۶- در صورت نیاز به مراقبت روان‌شناسی و معنوی، پرونده بیمار به روان‌شناس هماهنگ کننده مراقبت در منزل ارجاع می‌شود. این نیاز از طرق زیر مشخص می‌شود:

- ارجاع از طرف بالینگران ویزیت کننده در منزل یا پزشک مرکز تماس

- ارجاع از طرف مسئول علمی شبکه مراقبت در منزل براساس پیگیری تلفنی بیماران

- ارجاع از طرف پزشک تشکیل دهنده پرونده در ویزیت اول یا پس از اولین ویزیت روان‌شناسی بیمار.

- پیگیری تلفنی بیماران جدید (در صورت عدم ارجاع از طرق قبلی) با فاصله یک الی دو هفته از تشکیل پرونده و سپس هر یک الی چهار هفته توسط روان‌شناس هماهنگ کننده، انجام می‌شود.

۷- روان‌شناس هماهنگ کننده در هر بار اعلام نیاز، با خانواده بیمار تماس تلفنی برقرار کرده و نیاز واقعی و همچنین امکان بالینی ارائه خدمات روان‌شناسی و معنوی به بیمار را ارزیابی نموده و در صورت تایید، نوع ویزیت را بر اساس وضعیت بیمار، و زمان ویزیت را بر اساس جدول سطوح ارائه خدمت مشخص می‌کند.

تبصره: اقدامات روان‌شناسی- معنوی در سطوح مختلف و بر اساس وضعیت بیمار و تشخیص روان‌شناس هماهنگ کننده، به صورت تلفنی یا حضوری ارائه می‌شود.

۸- در هر مورد، اطلاعات مربوط به نوع و زمان ویزیت و همچنین بالینگران موظف به انجام ویزیت (پزشک، پرستار، روان‌شناس، مراقب معنوی، کارشناس تغذیه، فیزیوتراپیست، کاردرمانگر و ...)، توسط مسئول علمی شبکه در برنامه تقویم آنلاین شبکه مراقبت در منزل ثبت می‌شود.

۹- در هنگام ثبت در تقویم آنلاین بازه زمانی برای انجام آن ویزیت در قسمت توضیحات مشخص می‌شود و در صورت عدم ثبت بازه زمانی حداکثر زمان مجاز برای انجام آن ویزیت ۳ روز خواهد بود.

۱۰- مسئول اجرایی شبکه، تیم‌های مراقبتی را براساس برنامه چیده شده توسط مسئول علمی، هماهنگ و اعزام می‌کند

۱۱- برنامه هر ویزیت، در بازه زمانی ۲۴-۴۸ ساعت قبل از زمان انجام آن شیفت توسط مسئول اجرایی شبکه تنظیم می‌شود.

۱۲- در جایابی بیماران در برنامه هر ویزیت، اولویت بندی براساس شاخص اولویت خواهد بود. به گونه‌ای که اولویت اول بازه زمانی تعیین شده برای ویزیت بیمار براساس جدول سطوح ارائه خدمت، اولویت دوم، پزشک تعیین شده برای بیمار و اولویت سوم، نزدیک بودن آدرس‌های بیماران در هر شیفت می‌باشد.

۱۳- در مواردی که تماس تلفنی با بیمار برای تنظیم ویزیت‌های حضوری نوبت داده شده، به دلیل وضعیت بالینی بیمار منجر به ویزیت حضوری نشود، نوبت ویزیت داده شده در برنامه آنلاین با ویزیت تلفنی تعویض شده و شرح ویزیت تلفنی در پرونده الکترونیک بیمار و نوبت ویزیت جایگزین در تقویم آنلاین ثبت می‌شود.

۱۴- کلیه خدمات بالینی به صورت شیفت، یا آنکال یا موردی برنامه‌ریزی می‌شود.

۱۵- برنامه شیفت بسته به تعداد ویزیت مورد نیاز در قالب ۲ شیفت صبح و بعدازظهر در کلیه روزهای هفته تنظیم می‌شود.

۱۶- در هر شیفت بین ۵-۴ بیمار ویزیت می‌شوند.

تبصره: در برنامه شیفت برای هر ویزیت به همراه زمان رفت و آمد، متوسط ۹۰ دقیقه در نظر گرفته می‌شود.

۱۷- هر شیفت می‌تواند شامل تیم مراقبتی پزشکی، متشکل از پزشک (مسئول بالینی شیفت) به همراه یک پرستار؛ و یا پزشک، پرستار، روان‌شناس، مراقب معنوی و ... به تنهایی باشد.

۱۸- ویزیت آنکال شامل مواردی می‌شود که بر اساس جدول سطوح ارائه خدمت در سطح صفر یا یک قرار می‌گیرند، ولی امکان جایابی برای انجام ویزیت به صورت شیفت، در بازه زمانی مقرر وجود ندارد.

۱۹- در موارد آنکال، پزشک، پرستار، روان‌شناس و مراقب معنوی در هر ساعت از شبانه روز، ۷ روز هفته، می‌بایستی در بازه زمانی تعریف شده بر اساس جدول سطوح ارائه خدمت بر بالین بیمار حاضر شوند.

۲۰- ویزیت‌های موردی شامل ویزیت‌های انفرادی در شرایط غیر شیفت و غیر اورژانسی در بازه زمانی ۴۸ ساعت الی یک هفته از زمان درخواست و در ساعات اداری می‌باشد. (از جمله موارد فیزیوتراپی، تغذیه و مددکاری اجتماعی)

۱۲- در صورتی که تماس بیمار با مرکز تماس منجر به تعیین نوبت ویزیت حضوری شود، ویزیت حضوری بر اساس دستورالعمل مدیریت بیمار در مرکز تماس (پیوست ۶) ثبت خواهد شد.

اعزام تیم مراقبتی یا افراد ارائه دهنده خدمت

۱- مسئول اجرایی شبکه مراقبت در منزل مسئولیت هماهنگی و اعزام تیم‌های مراقبتی را برعهده دارد.

۲- مسئول اجرایی روزانه تقویم آنلاین برنامه را جهت رویت ویزیت‌های نوبت داده شده توسط مسئول علمی شبکه، پزشک مرکز تماس و روان‌شناس هماهنگ کننده را بررسی کرده و براساس شاخص اولویت و برقراری تماس تلفنی با منزل بیمار به منظور بررسی آخرین وضعیت بیمار از نظر امکان اعزام بالینگران، تیم‌های مراقبتی را برای ۴۸-۲۴ آینده هماهنگ می‌کند.

۳- در موارد شیفت، وسیله ایاب و ذهاب توسط مسئول اجرایی شبکه هماهنگ می‌شود و در موارد آنکال

و موردی، ایاب و ذهاب برعهده شخص ارائه دهنده مراقبت می‌باشد.

۴- در موارد شیفت، شروع و خاتمه شیفت از محل ساختمان مرکز می‌باشد.

۵- در مواردی که در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل پزشک مرکز تماس نیاز به ویزیت آنکال را تشخیص دهد، ضمن ثبت نوبت در تقویم آنلاین مراتب را به صورت تلفنی به مسئول اجرایی شبکه اطلاع می‌دهد تا بالینگر مربوطه هماهنگ و اعزام شود.

۶- برنامه و زمان انجام ویزیت، در برنامه موردی، حداکثر ۲۴ ساعت قبل و در برنامه آنکال بلافاصله بعد از تعیین ویزیت، توسط مسئول اجرایی شبکه و روان‌شناس هماهنگ کننده به بالینگران اعلام می‌گردد.

۷- در هر ویزیت، ۳۰ دقیقه قبل از عزیمت، بالینگران با منزل بیماران تماس گرفته و هماهنگی نهایی قبل از حرکت را انجام می‌دهند.

۸- در زمان اعزام تیم، تجهیزات لازم توسط مسئول تجهیزات پزشکی و پرونده بیماران توسط کارشناس ثبت مدارک پزشکی به پرستار تیم تحویل داده می‌شود.

۹- به هر کدام از پزشکان و پرستاران انجام دهنده خدمات آنکال، یک کیف ثابت تجهیزات پزشکی توسط مسئول تجهیزات پزشکی تحویل داده می‌شود.

۱۰- کیف تجهیزات پزشکی شامل تجهیزات کامل معاینه و احیا، تجهیزات مصرفی لازم از جمله سرنگ، دستکش و ... و داروهای مورد نیاز اورژانسی می‌باشد.

۱۱- در صورت تنها بودن بیمار، ورود به منزل بیمار به تنهایی مجاز نیست و مسئول اجرایی شبکه می‌بایستی فقط از برنامه شیفت برای آن بیمار استفاده کند.

ارائه خدمت و ثبت در پرونده

- ۱- پس از اعزام تیم یا افراد، گزارش انجام یا عدم انجام ویزیت (به دلایلی از جمله عدم حضور بیمار و ...) توسط مسئول علمی شبکه یا روان‌شناس هماهنگ کننده در برنامه آنلاین ثبت می‌شود.
- ۲- در هر ویزیت پس از انجام اقدامات لازم، وضعیت بالینی بیمار و شرح خدمات ارائه شده به صورت کامل در پرونده کتبی ثبت می‌شود.
- ۳- در موارد ویزیت آنکال و موردی، شرح ویزیت به صورت آنلاین ثبت شده و یا در برگه ویزیت مربوط ثبت شده و حداکثر ظرف ۲۴ ساعت جهت الصاق به پرونده، به واحد ثبت مدارک پزشکی تحویل داده می‌شود.
- ۴- بالینگر در هر ویزیت پس از بررسی وضعیت بیمار و خانواده، در صورت لزوم ارجاعات به سایر خدمات مراقبت در منزل یا کلینیک (مخصوص همراه بیمار) را در پرونده ثبت می‌کند.
- ۵- مسئول علمی شبکه و روان‌شناس هماهنگ کننده، ویزیت ثبت شده در پرونده را در اولین فرصت (ظهر همان روز برای شیفت صبح، صبح اولین روز کاری برای شیفت عصر و بلافاصله پس از تحویل برگه ویزیت برای ویزیت‌های آنکال و موردی) مطالعه نموده و در خصوص ارجاعات درخواست شده، برنامه‌ریزی می‌کنند.
- ۶- نوبت بعدی ویزیت توسط بالینگر ویزیت کننده مشخص شده و توسط مسئول علمی شبکه یا روان‌شناس هماهنگ کننده، نهایی شده و در تقویم آنلاین ثبت می‌شود.
- ۷- در صورتی که بالینگر نیاز به خدمات سایر گروه‌ها در همان ویزیت را تشخیص دهد، با مسئول علمی شبکه یا پزشک مشاور مرکز تماس تماس گرفته و او هماهنگی جهت اعزام بالینگر مربوط را انجام می‌دهد.
- ۸- در صورت تشخیص نیاز بیمار برای بستری شدن توسط پزشک یا پرستار، باید هماهنگی در خصوص اعزام بیمار به بیمارستان از طریق ۱۱۵ توسط مسئول علمی شبکه یا پزشک مرکز، صورت گیرد.

۹- در مواردی که بیمار در مراحل انتهایی بیماری قرار دارد، در صورت تشخیص پزشک یا روان‌شناس، برای همراهان درجه اول درخواست جلسه مراقبت خانوادگی^[۱۱] می‌شود.

۱۰- جلسه مراقبت خانوادگی توسط مسئول علمی شبکه، در محل منزل بیمار یا در محل مرکز هماهنگی شده و توسط مسئول علمی شبکه و روان‌شناس برگزار می‌شود. مراقب معنوی و پزشک متخصص خون و سرطان در موارد لزوم به تیم اضافه می‌شوند.

۱۱- محتوای جلسه مراقبت خانوادگی بر اساس وضعیت بیمار و خانواده، شامل افشای خبر بد، آمادگی برای شرایط بعد از فوت، آموزش فقهی و حقوقی، آگاهی از خدمات مرکز برای امور مربوط به فوت بیمار از جمله گواهی فوت و ... خواهد بود.

۱۲- کلیه ویزیت‌های پزشکی و پرستاری ثبت شده در پرونده کتبی، با فاصله حداکثر ۲۴ ساعت توسط کارشناس ثبت مدارک پزشکی در پرونده الکترونیک بیمار در برنامه آنلاین ثبت می‌شود. ثبت الکترونیک سایر ویزیت‌ها (روان‌شناسی، معنوی، تغذیه، فیزیوتراپی و ...) بر عهده شخص بالینگر می‌باشد.

۱۳- کلیه ویزیت‌های ثبت شده الکترونیک توسط کارشناس ثبت مدارک پزشکی، با فاصله حداکثر ۴۸ ساعت توسط مسئول علمی شبکه از نظر صحت ورود اطلاعات بالینی و تطابق اطلاعات ثبت شده در پرونده الکترونیک با زمان ثبت شده در تقویم آنلاین مورد بررسی و اصلاح قرار می‌گیرد.

۱۴- در صورت فوت بیمار، زمان و مکان فوت در پرونده ثبت شده و اسم بیمار از لیست جستجوی بیماران مراقبت در منزل در برنامه آنلاین حذف می‌شود.

۱۵- در صورت نیاز به امانت تجهیزات پزشکی (ساکشن، کپسول اکسیژن، تخت، تشک موج، اکسیژن ساز و ...)، پس از تایید پزشک ویزیت کننده یا مسئول علمی شبکه، بیمار یا همراه جهت تحویل و آموزش نحوه استفاده از تجهیزات به مسئول تجهیزات پزشکی ارجاع می‌شوند.

۱۶- مسئول تجهیزات پزشکی با اخذ مدرک شناسایی معتبر، تجهیزات را به بیمار تحویل داده و تجهیزات تحویل شده را در پرونده الکترونیک بیمار ثبت می‌کند.

۱۷- تجهیزات امانت داده شده تا زمان نیاز بیمار در اختیار وی بوده و پس از رفع نیاز یا فوت بیمار به مرکز عودت داده می‌شود.

۱۸- مسئول تجهیزات پزشکی به صورت دوره‌ای لیستی از تجهیزات پزشکی موجود در مرکز را تهیه و در اختیار مسئول علمی شبکه قرار می‌دهد.

۱۹- تجهیزات پزشکی مصرفی و داروهای تجویزی در ویزیت‌های مراقبت در منزل توسط خود بیماران تهیه می‌شود.

۲۰- در موارد نیاز اورژانسی به تزریق، پانسمان و ...، تجهیزات مصرفی و داروها از کیف تجهیزات پزشکی تامین می‌شود.

۲۱- در صورت ادامه درمان فعال (درمان علاجی) توسط پزشک خون و سرطان معالج، تصمیم‌گیری پزشکی در خصوص بیمار حتی المقدور پس از مشورت با پزشک معالج صورت می‌گیرد.

تبصره: در این شرایط گزارش ماهانه از اقدامات انجام شده برای بیماران، توسط مسئول شبکه آماده شده و برای پزشک معالج ارسال می‌شود.

۲۲- اقدامات پرخطر پزشکی یا پرستاری از جمله تزریق فراورده‌های خونی، حتی المقدور نباید در منزل بیمار انجام شود و تصمیم نهایی در این موارد بر عهده مسئول علمی شبکه است.

۲۳- خدمات پرستاری شامل آموزش به خانواده بیمار و انجام خدمات تخصصی پرستاری (سوند ادراری، لوله معده، پانسمان زخم بستر و ...) بوده و خدمات تکرار شونده نظیر تزریقات عضلانی و پانسمان ساده روزانه را شامل نمی‌شود.

تبصره: برای انجام خدمات تکرار شونده پرستاری، پرستاران خارج از مرکز و معتمد به بیمار معرفی می‌گردند.

پیگیری مراقبت

۱- مسئول علمی شبکه از طریق بررسی روزانه تقویم برنامه آنلاین وضعیت ویزیت بیماران را رصد می‌نماید.

۲- بیماران به منظور بررسی شرایط خاص (پیگیری جواب آزمایش، کنترل بی‌قراری و ...) و یا انجام به صورت تلفنی توسط مسئول علمی شبکه پیگیری می‌شوند.

۳- ویزیت تلفنی همچنین ممکن است به صورت ورودی (تماس بیمار با مرکز) در ساعات کاری صبح انجام شود.

۴- تمامی ویزیت‌های تلفنی شامل ورودی و خروجی در ویزیت دوره‌ای پزشکی و تقویم شبکه مراقبت در منزل ثبت می‌شوند.

۵- در هر ویزیت تلفنی می‌بایستی وضعیت بالینی و داروهای مصرفی بیمار به دقت ارزیابی و ثبت شود.

۶- بدنبال هر ویزیت تلفنی می‌بایستی تاریخ بعدی ویزیت تلفنی یا حضوری (پزشکی، پرستاری و ...) در انتهای ویزیت و در تقویم شبکه مراقبت در منزل ثبت شود.

۷- اگر براساس ویزیت تلفنی نیاز به ویزیت حضوری پزشکی یا پرستاری زودتر از زمان ثبت شده در تقویم تشخیص داده شود، زمان ثبت شده قبلی حذف و زمان جدید به تقویم اضافه می‌شود.

۸- روان‌شناسان و مراقبین معنوی وظیفه پیگیری تلفنی وضعیت بیمارانی را که ویزیت کرده‌اند بر عهده

داشته و شرح ویزیت تلفنی را در پرونده الکترونیک ثبت می‌کنند.

۹- بعد از هر ویزیت حضوری روان‌شناسی یا معنوی، در صورت عدم تعیین ویزیت حضوری بعدی ویزیت تلفنی با تناوب حداکثر یک هفته بعد، سپس دو هفته بعد و سپس هر چهار هفته توسط همان بالینگر انجام خواهد شد.

۱۰- در پیگیری تلفنی توسط مسئول شبکه یا روان‌شناسان و مراقبین معنوی، در صورت تشخیص نیاز به ویزیت بالینی مجدد از نظر روان‌شناسی یا معنوی مراتب به روان‌شناس هماهنگ کننده اعلام می‌گردد.

پاسخگویی تلفنی و پزشک مرکز تماس

۱- کلیه بیماران شبکه مراقبت در منزل و خانواده‌های آن‌ها می‌توانند در ساعات اداری با خط تلفن مستقیم مسئول شبکه علمی تماس بگیرند.

۲- در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل مرکز تماس پاسخگویی به تماس‌های تلفنی و وظایف مسئول علمی شبکه را بر عهده دارد.

۳- ارائه خدمات در مرکز تماس براساس دستورالعمل مدیریت بیمار در مرکز تماس خواهد بود.

۴- کلیه تماس‌ها و اقدامات انجام شده توسط مرکز تماس، در پرونده بیمار و در تقویم آن لاین ثبت می‌شود.

مدیریت علمی ارائه خدمات

۱- نظارت و مدیریت علمی نحوه ارائه خدمت در هر بخش، بر عهده مسئول گروه بالینی مرتبط می‌باشد.

۲- به منظور بررسی پرونده بیماران ویزیت شده و بحث و تبادل نظر علمی، جلسات علمی-آموزشی مراقبت در منزل به صورت هفتگی در ساعت و روز مشخص برگزار می‌شود.

۳- اعضای ثابت شرکت کننده در این جلسات عبارتند از: مسئول علمی و اجرایی شبکه مراقبت در منزل، متخصص طب تسکینی یا متخصص خون و سرطان بالغین، روان‌شناس هماهنگ کننده و کلیه بالینگران ارائه دهنده خدمت در شبکه مراقبت منزل.

تبصره: سایر افراد متغیر شرکت کننده در جلسات عبارتند از: مدیر مرکز، مدیر فنی مرکز، مسئولین گروه‌های بالینی و بالینگران خارج از مرکز که علاقه‌مند به استفاده از جلسات هستند.

۴- دستورالعمل جلسات عبارت است از: سخنرانی و پرسش و پاسخ در خصوص موضوعات مشخص شده در طب تسکینی (۱ ساعت) و بررسی پرونده بیماران ویزیت شده در هفته گذشته (۱ ساعت).

۵- مسئولین علمی و اجرایی شبکه به عنوان دبیر جلسه، هماهنگی برگزاری، تعیین سخنران و پیگیری انجام مصوبات جلسه را برعهده دارد.

۶- در هر جلسه، صورت‌جلسه‌ای توسط دبیر جلسه تدوین شده و در پایان به امضاء تمامی افراد ثابت جلسه رسیده و نگهداری می‌شود.

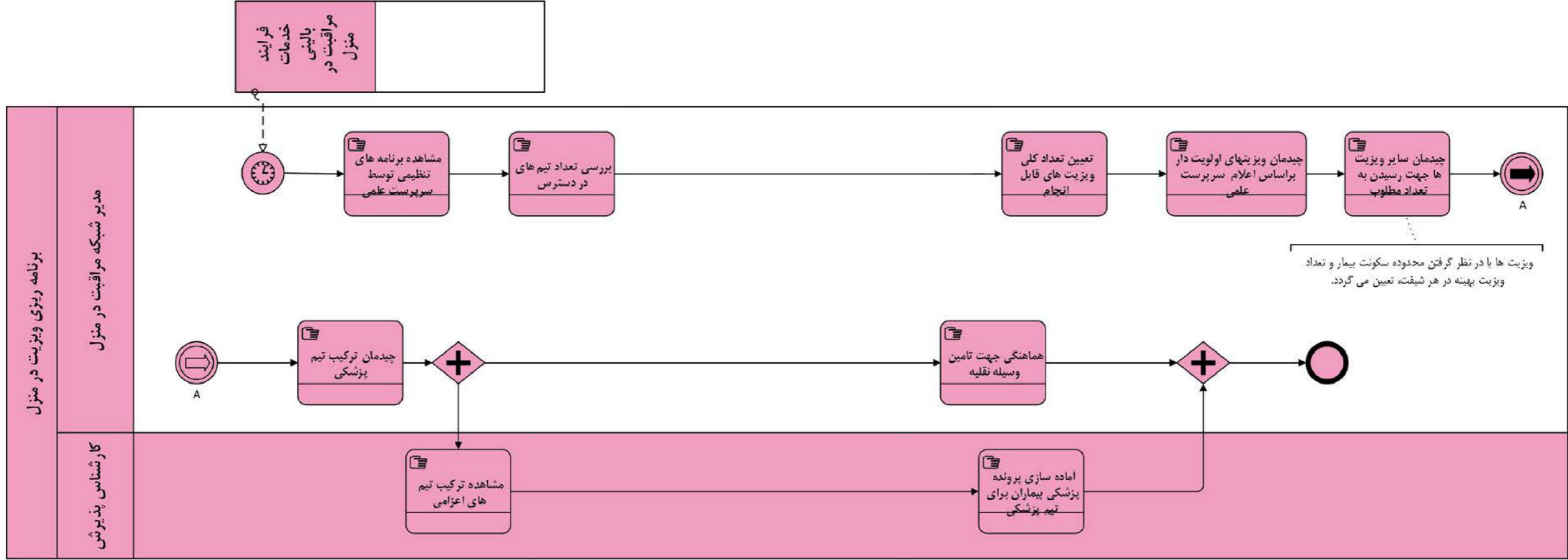
۷- تمامی جلسات بر روی دستگاه ضبط صدا ثبت شده و فایل صوتی جلسات توسط روابط عمومی در بایگانی حفظ و نگهداری می‌شود.

۸- با اخذ مجوز آموزش مداوم از طریق دانشگاه، امکان حضور بالینگران خارج از مرکز و کسب امتیاز بازآموزی فراهم می‌شود.

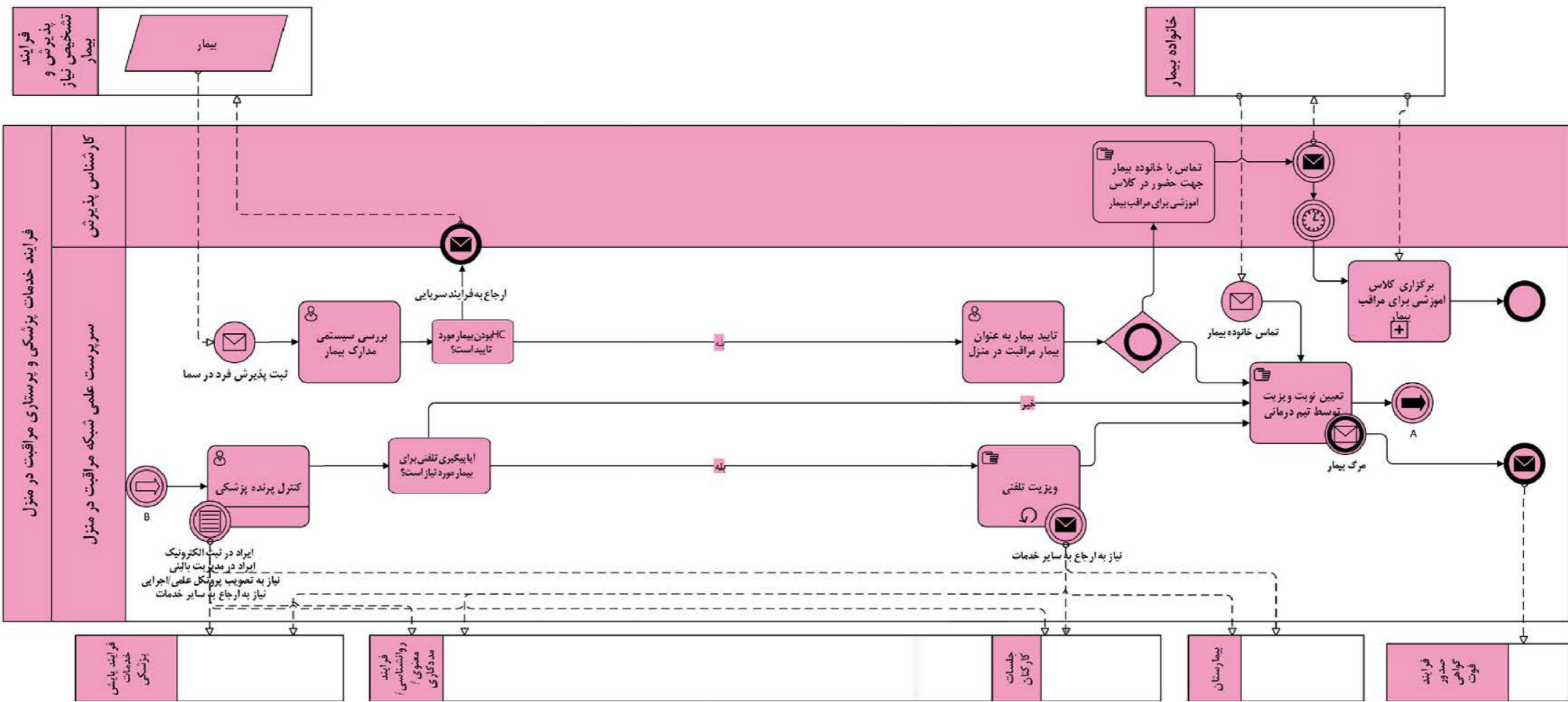
نظارت

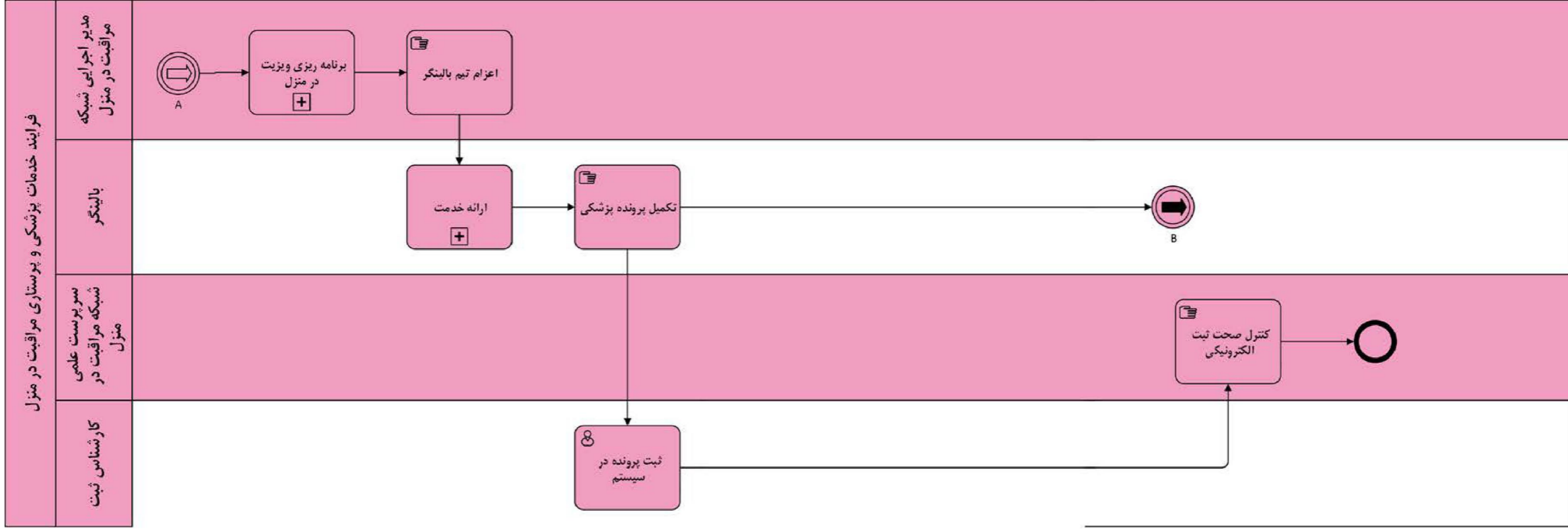
- ۱- مسئولیت نظارت بر عملکرد شبکه مراقبت در منزل از لحاظ اجرایی و علمی بر عهده مدیر فنی مرکز می‌باشد.
- ۲- واحد طرح و برنامه مرکز، از طریق همراهی با تیم‌های مراقبتی در ویزیت‌ها، بررسی و گزارش‌گیری از سیستم ثبت پرونده‌ها، شرکت در جلسات علمی- آموزشی و ...، مسئولیت رسیدگی و نظارت بر حسن اجرای این آیین‌نامه را بر عهده دارد.
- ۳- ارزیابی رضایت بیمار و خانواده از کیفیت و کمیت خدمات ارائه شده در منزل از طریق پرسشنامه صورت می‌گیرد (پیوست ۷).

فرایند برنامه‌ریزی ویزیت در منزل



فرایند خدمات پزشکی و پرستاری مراقبت در منزل





پیوست ۱: جدول سطوح ارائه خدمت

سطح خدمت	ویزیت پزشکی
سطح صفر	اورژانس ۱۱۵ - ۰ تا ۲ ساعت*
	<ul style="list-style-type: none"> Chest pain قلبی تشنج کاهش سطح هوشیاری غیر منتظره سردرد غیر منتظره شدید با شک به ICH درد شکم حاد جراحی (قطعی) GIB (رکتورژی شدید و هماتمز) تنگی نفس حاد (PTE ، عفونت و متاستاز)
سطح یک	۲ تا ۱۲ ساعت
	<ul style="list-style-type: none"> همه علائم برانگیزاننده شک به CVA شامل: <ul style="list-style-type: none"> - تاری دید - بی اختیاری ادرار و مدفوع - بروز ضعف حرکتی اندامها - ایسکمی حاد اندام تهوع و استفراغ (شک به انسداد یا شکم حاد جراحی) شک به DVT درد شکم تحت حاد (شک به شکم حاد جراحی) اسهال شدید (دهیدراتاسیون شدید) بی‌قراری شدید ناشی از دلیریوم یا Impending to die تب (شک به تب و نوتروپنی یا پنومونی)

ویزیت پرستاری	ویزیت روان‌شناسی - معنوی**
۰ تا ۴ ساعت	-
۴ تا ۱۲ ساعت	۰ تا ۱۲ ساعت
<ul style="list-style-type: none"> سوند برای احتباس ادراری تنگی نفس نیازمند به ساکشن خلط آزمایش‌ها و خدمات تکمیلی پرستاری برای سطح صفر پزشکی 	<ul style="list-style-type: none"> افکار جدی خودکشی همراه با برنامه جدی برای خودکشی مرگ قریب الوقوع و درخواست بیمار یا خانواده برای حضور مراقب معنوی

- وصل سرم (درمان دهیدراتاسیون شدید)
- آزمایش‌ها و خدمات تکمیلی پرستاری برای سطح یک پزشکی

سطح خدمت	ویزیت پزشکی
سطح دو	۱۲ تا ۴۸ ساعت
	<ul style="list-style-type: none"> سر درد غیر منتظره متوسط و خفیف، سرگیجه و عدم تعادل بدون شک به CVA تهوع و استفراغ (شکم غیر حاد) درد شکم شدید (غیر حاد و تحت حاد) اسهال خفیف و متوسط (دهیدراتاسیون مختصر) گذاشتن NGT tap مایع پلور و آسیت GIB (ملنا) تب (شک به عفونت معمولی) تنگی نفس غیرحاد
سطح سه	۴۸ ساعت تا ۱ هفته
	<ul style="list-style-type: none"> اولین ویزیت پس از تشکیل پرونده ضعف و بی حالی یبوست درد مزمن اختلال خواب و اشتها زخم بستر اسهال مزمن

* در سطح صفر پزشکی، اولویت با اورژانس ۱۱۵ است و در صورتی تیم یا افراد اعزام می‌شوند که پزشک آماده و حاضر باشد و خانواده بیمار نیز آگاهی و آمادگی کامل برای فوت بیمار را داشته باشند.

** اقدامات روان‌شناختی - معنوی در سطوح مختلف و بر اساس وضعیت بیمار و تشخیص روان‌شناس هماهنگ کننده، به صورت تلفنی یا حضوری ارائه می‌شود.

*** خدمات مشاوره تغذیه و فیزیوتراپی همگی در سطح سه تعریف می‌شوند.

ویزیت پرستاری	ویزیت روان‌شناسی - معنوی
۱۲ تا ۴۸ ساعت	۱۲ تا ۴۸ ساعت
<ul style="list-style-type: none"> وصل سرم غذایی تعویض پانسمان اصلاح گرفتگی NGT کشیدن بخیه آزمایش‌ها و خدمات تکمیلی پرستاری برای سطح دو پزشکی 	<ul style="list-style-type: none"> افکار خودکشی بدون برنامه جدی اضطراب و بی‌قراری روان‌شناختی - معنوی عدم همکاری برای درمان
۴۸ ساعت تا ۱ هفته	۴۸ ساعت تا ۱ هفته
<ul style="list-style-type: none"> تعویض سوند شستشوی پورت آزمایش‌ها و خدمات تکمیلی پرستاری برای سطح سه پزشکی 	<ul style="list-style-type: none"> کلیه مشکلات روان‌شناختی و ناراحتی‌های معنوی کلیه مشکلات خانوادگی مرتبط با بیماری

۱- بیماران Advanced*

- نمره PPS ۵۰-۶۰: ماهانه
- نمره PPS ۷۰-۸۰: هر ۲ ماه
- نمره PPS ۹۰-۱۰۰: هر ۳ ماه

۲- بیماران غیر Advanced

- نمره PPS ۵۰-۶۰: هر ۲ ماه
- نمره PPS ۷۰-۸۰: هر ۴ ماه
- نمره PPS ۹۰-۱۰۰: هر ۶ ماه (توسط پذیرش)

تبصره ۱: در مواردی که پذیرش تشخیص دهد که حال عمومی بیمار تغییر نموده است و یا دچار عود علائم شده است بلافاصله بیمار را به پزشک جهت پیگیری تخصصی ارجاع می‌دهد.

تبصره ۲: بیماران خارج از محدوده سرویس‌دهی شبکه با هر میزان از نمره PPS توسط پذیرش به صورت ۶ ماهه پیگیری می‌شوند.

نمره PPS	تحرك	فعالیت و شواهد بیماری	مراقبت از خود	تغذیه	سطح هوشیاری
۱۰۰٪	کامل	فعالیت و کار طبیعی بدون شواهدی از بیماری	کامل	طبیعی	کامل
۹۰٪	کامل	فعالیت و کار طبیعی شواهد اندکی از بیماری	کامل	طبیعی	کامل
۸۰٪	کامل	فعالیت طبیعی با تلاش شواهد اندکی از بیماری	کامل	طبیعی یا کاهش یافته	کامل
۷۰٪	کاهش یافته	ناتوان برای کار یا شغل طبیعی بیماری قابل توجه	کامل	طبیعی یا کاهش یافته	کامل
۶۰٪	کاهش یافته	ناتوان برای تفریح یا کارهای خانه بیماری قابل توجه	گاه‌ها نیازمند کمک	طبیعی یا کاهش یافته	کامل یا گیج
۵۰٪	بیشتر اوقات نشسته یا دراز کشیده	ناتوان برای انجام هرگونه کاری بیماری گسترده	نیازمند کمک قابل توجه	طبیعی یا کاهش یافته	کامل یا گیج
۴۰٪	بیشتر اوقات روی تخت	ناتوان برای انجام غالب فعالیت‌ها بیماری گسترده	نیازمند کمک اساسی	طبیعی یا کاهش یافته	کامل یا خواب آلوده با یا بدون گیجی
۳۰٪	کامل‌روی تخت	ناتوان برای انجام هرگونه فعالیتی بیماری گسترده	نیازمند مراقبت کامل	طبیعی یا کاهش یافته	کامل یا خواب آلوده با یا بدون گیجی
۲۰٪	کامل‌روی تخت	ناتوان برای انجام هرگونه فعالیتی بیماری گسترده	نیازمند مراقبت کامل	در حد خرده نوشی	کامل یا خواب آلوده با یا بدون گیجی
۱۰٪	کامل‌روی تخت	ناتوان برای انجام هرگونه فعالیتی بیماری گسترده	نیازمند مراقبت کامل	فقط در حد مراقبت از دهان	خواب آلودگی یا کوما با یا بدون گیجی

1-1Anderson F, Downing GM, Hill J. Palliative Performance Scale (PPS): a new tool. J Palliat Care. 1996; 12(1): 5-11..
 Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al. Validity of the Palliative Performance Scale from a survival perspective. J Pain
 .1-2Symp Manage. 1999; 18(1):2-33
 1-3Virik K, Glare P. Validation of the Palliative Performance Scale for inpatients admitted to a palliative care unit in
 .Sydney, Australia. J Pain Symp Manage. 2002; 23(6):455-7

* شامل موارد زیر:

- بیماران با مرحله بیماری Daistant(Stage)

- بیماران مبتلا به سرطان‌های GBM، پانکراس، معده، مری و مغز استخوان (در مرحله حاد درمان = فواصل شیمی درمانی حداکثر ماهانه یا در نوبت اخیر پیوند)

پیوست ۴: فرم درخواست خدمت مراقبت در منزل

مدیریت محترم مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء؛

اینجانب/ اینجانبان بستگان درجه اول آقا/ خانم، به عنوان متولی بیمار با علم و آگاهی کامل و مطالعه کلیه توضیحات و مندرجات این برگه، اعلام می‌نماییم که درخواست ارائه خدمات مراقبت در منزل به نامبرده را داشته و اجازه ورود به منزل او را می‌دهیم. بدیهی است پاسخگویی به هر یک از افراد وابسته به عهده اینجانبان خواهد بود.

توضیحات:

۱- ارائه خدمات مخصوص بیمارانی است که قادر به مراجعه سرپایی به مکان مرکز یا بیمارستان نیستند.
۲- خدمات این مرکز در مواقع مورد نیاز و با زمان بندی مرکز ارایه می‌شود و به صورت دوره‌ای یا فوری می‌باشد.

۳- در صورت بروز شرایط اورژانسی پزشکی و تهدید کننده حیات می‌بایستی با اورژانس ۱۱۵ تماس گرفته و در صورت لزوم بیمار به بیمارستان منتقل شده و مسئولیت رسیدگی به این شرایط بر عهده مرکز نمی‌باشد، مگر این که انتقال بیمار توسط اورژانس منجر به بهبود حال او نشود و خانواده بیمار آگاهانه

درخواست ارائه خدمات در منزل را داشته باشند.

۴- پیگیری درمان بیمار بر عهده متخصص خون و سرطان معالج بیمار است و چنانچه او درمان بیمار را قطع کرده باشد، اقدامات این مرکز، درمان‌های تسکینی و صرفاً به منظور کنترل علائم آزار دهنده بیماری است.

۵- مشاوره تلفنی بر اساس اطلاعاتی است که فرد دریافت کننده مشاوره ارائه می‌نماید و بدیهی است که جایگزین ویزیت پزشک نمی‌شود.

۶- خدمات پرستاری شامل آموزش به خانواده بیمار و انجام خدمات تخصصی پرستاری (سوند ادراری، لوله معده، پانسمان زخم بستر و ...) بوده و خدمات تکرار شونده (تزریقات عضلانی و پانسمان ساده روزانه و ...) را شامل نمی‌شود.

۷- اطلاعات خدمات ارائه شده در این مرکز ثبت و ضبط گشته و جهت توسعه خدمات مورد بهره برداری قرار خواهد گرفت.

نام و نام خانوادگی بیمار: نام پدر:

شماره پرونده:

شماره شناسنامه یا کد ملی: محل صدور:

۱- امضا و اثر انگشت ۲- امضا و اثر انگشت

۳- امضا و اثر انگشت ۴- امضا و اثر انگشت

۵- امضا و اثر انگشت

پیوست ۵: لاگ بووک آموزش پزشکان طب تسکینی

دستورالعمل دوره آموزشی مخصوص پزشکان متقاضی فعالیت در مکسا

اهداف کلی دوره

پزشکان باید مراقبت فردی و کاملی برای بیماران مبتلا به سرطان و بیماری‌های صعب‌العلاج ارائه دهند. آن‌ها با نیازهای خاص بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته و خانواده‌های آن‌ها از طریق آموزش جامع زیر نظر تیم مراقبت تسکینی آشنا می‌شوند. در طی این دوره مراقبت چند حرفه‌ای (پزشکی، پرستاری، روان‌شناسی، معنوی و ...) برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها به پزشکان آموزش داده می‌شود.

بعد از گذراندن این دوره پزشک می‌تواند به صورت مستقل و با نظارت پزشک متخصص اقدام به ویزیت و مدیریت بیمار نماید.

شرایط ورود پزشک

۱. حداقل دوره طرح پزشکی عمومی را به عنوان سابقه کار گذرانده باشد.
۲. ترجیحاً سابقه کار در بیمارستان خصوصاً CCU یا اورژانس را داشته باشد.
۳. علاقه مند به کار با بیمار مبتلا به سرطان و خانواده‌های آسیب دیده باشد.
۴. دوره ۲ هفته‌ای ابتدایی به منظور آشنایی با محیط و شرایط کار و ارزیابی دو طرفه جهت تصمیم به ادامه همکاری را بگذراند.

الف) دوره آموزشی اولیه

در صورت تمایل دو طرف به ادامه همکاری در پایان ۲ هفته ابتدایی، پزشک می‌بایستی در طول دوره یک ماه حداقل‌های آموزشی ذیل را کسب نماید:

۱- مطالعه منابع علمی ذکر شده در لاگ بوک و همچنین منابع تکمیلی معرفی شده از طرف مسئول گروه پزشکی تسکینی و قبولی در امتحان اخذ شده در پایان دوره:

1. Palliative Care Adult Network Guidelines ^{Plus}, 2011, [Copyright](#) © 2011 - 2012 Ian Back, Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy, Peter Armstrong.
2. International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC); WHO – Essential Medicines in Palliative Care (January 2013).

۲- مدیریت حداقل ۱۰ مورد از هر کدام از مشکلات شایع بیماران مبتلا به سرطان زیر نظر مستقیم مسئول مسئولین گروه پزشکی تسکینی و سایر گروه‌های بالینی مرتبط یا پزشکان آموزش دیده مورد تایید آن‌ها در مکان بیمارستان یا کلینیک، شامل:

درد، مشکلات تنفسی، مشکلات گوارشی، مشکلات پوستی (زخم بستر)، سوء تغذیه و بی‌اشتهایی، مرگ قریب الوقوع و مشکلات روان‌شناختی - معنوی (افسردگی، اضطراب، دلیریوم و دمانس و ...)

تبصره: پزشک می‌بایستی موارد ذکر شده را در لاگ بووک ثبت کرده و به تایید مسئول آموزش برساند.

۳- همراهی گروه مراقبت در منزل در حداقل ۵ مورد ویزیت برای پزشکانی که در برنامه‌ای غیر از مراقبت

در منزل مشغول به کار می‌شوند و حداقل ۲۰ مورد ویزیت برای پزشکانی که در برنامه مراقبت در منزل شرکت می‌کنند.

اهداف آموزشی

با اتمام این مرحله پزشک می‌بایستی:

- ۱- مراحل روند مرگ را برای کمک به بیماران در طی این مرحله بشناسد.
- ۲- روش‌های ارزیابی و درمان‌های علائم فیزیکی شایع در بیماری‌های پیشرفته را بشناسد.
- ۳- سندرم‌های درد شایع مثل متاستازهای استخوانی، متاستازهای اپیدورال، پلکسوپاتی، نوروپاتی‌های محیطی، فشردگی کانال نخاعی، نورالژی حاد و بعد از هرپس، سردردهای میگرنی و اسپاسم عضلانی را شرح دهد.
- ۴- اندیکاسیون‌ها، محدودیت‌ها، عوارض جانبی و مسائل تکنیکی مدیریت دارویی درد را که شامل موارد ذیل می‌باشد، بشناسد:

- نردبان WHO

- NSAIDS و استروئیدها

- مخدرها شامل تیترا کردن دوز دارو، تبدیل دارو و مدیریت عوارض جانبی

- داروهای کمکی مثل ضد تشنج‌ها، ضد افسردگی‌ها، و درمان‌های ضد سرطان

- درمان‌های تسکینی در اورژانس‌های سرطان

۵- ارزیابی و درمان علائم روان‌شناختی و معنوی همراه با بیماری‌های پیشرفته، مانند افسردگی، اضطراب، دلیریوم، دمانس و ... را بشناسد.

۶- مهارت‌های ارتباطی و بین فردی را بیاموزد و بتواند:

- بیماران و خانواده یا نماینده قانونی (قیم) آن‌ها را در تصمیم‌گیری در مورد انتخاب‌های درمانی در پایان زندگی مشارکت دهد و در صورت نیاز از جلسات گروهی خانوادگی استفاده کند.
- با تیم مراقبت تسکینی به صورت موثر جهت ارتقاء حس همکاری ارتباط برقرار کند.
- با پزشک ارجاع دهنده به شیوه‌ای که رابطه مراقبتی اولیه حفظ شود ارتباط برقرار کند.
- مشکلات فرهنگی، سنی، جنسی و ناتوانی‌های بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته و خانواده‌هایشان را بشناسد و با صبر و حوصله به آن‌ها پاسخ دهد.
- اثرات زمینه‌ای فرهنگی معنوی و مذهبی را روی رویکرد بیمار به بیماری و تصمیم‌گیری در خصوص درمان در نظر بگیرد.
- اهمیت حمایت روانی و معنوی را برای بیماران و خانواده‌هایشان در طول روند مرگ بشناسد.
- ملاحظات اخلاقی برخورد با بیماران در مرحله آخر زندگی را بشناسد.

ب) دوره آموزش حین فعالیت

- ۱- پزشک می‌بایستی حین خدمت متون آموزشی تکمیلی را مطالعه و در امتحانات کتبی و شفاهی که به صورت دوره‌ای از مباحث انتخابی برگزار می‌شود، حداقل نمره قبولی را کسب کند. این متون شامل موارد ذکر شده در آموزش اولیه و موارد ذیل است:

برگرفته از کوریکولوم آموزشی مراقبت تسکینی برای دستیاران داخلی دانشگاه میشیگان (۲۰۰۹)

ثبت موضوعات آموزشی

موضوع: شماره () تاریخ:

شرح مختصر موضوع (نام بیمار، مشخصات اصلی، توصیف مشکل، نمره PPS):

نحوه مدیریت مشکل:

امضاء مسئول گروه پزشکی تسکینی

نمره آزمون کتبی:

نظر نهایی مسئول گروه پزشکی تسکینی

1. Nathan Cherny, Marie Fallon, Stein Kaasa, Russell K. Portenoy, and David C. Currow. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 30 April 2015.

2. Local MCN for Palliative Care, Drugs & Therapeutics; NHS forth

۲- پزشک می‌بایستی در جلسات هفتگی پزشکان مرکز که به منظور تبادل اطلاعات علمی در مورد بیماران برگزار می‌شود شرکت کند.

تبصره: جلسات توسط مسئول مسئول گروه پزشکی تسکینی یا فرد تعیین شده از طرف او هماهنگ شده و در روز و ساعت مشخص به مدت ۱،۵-۱ ساعت برگزار می‌شود.

۳- پزشک می‌بایستی هر ماه در خصوص یک موضوع علمی مرتبط که توسط مسئول گروه پزشکی تسکینی تعیین می‌شود، با مطالعه منابع یا مقالات روز، یک سمینار ارائه دهد.

۴- پزشک می‌بایستی حداقل ۳۰ بیمار مبتلا به سرطان را به طور کامل و به مدت ۳ ماه مدیریت کند، که باید به تایید مسئول گروه پزشکی تسکینی برسد. در این راستا پزشک می‌بایستی:

- پرونده بیمار معرفی شده به مراقبت تسکینی را تشکیل داده و کامل کند.

- یک برنامه مراقبتی مناسب برای علائم بیمار طرح ریزی کند.

- یک ارزیابی دقیق و مداوم از درد با استفاده از تکنیک‌های مناسب برای ارزیابی کفایت درمان درد و رضایت بیمار و خانواده انجام دهد.

- با استفاده از دانش زمینه‌ای خود تحت نظارت، درمان علامتی تسکینی را ارائه دهد.

پیوست ۵: دستورالعمل مدیریت بیمار در مرکز تماس

۱- پاسخگویی آن کال در ساعات عصر و شب (۶ عصر تا ۸ صبح) و روزهای تعطیل خواهد بود.

۲- تمامی ویزیت‌های تلفنی شامل ورودی و خروجی در ویزیت دوره‌ای پزشکی و تقویم شبکه مراقبت در منزل ثبت می‌شوند.

۳- در هر ویزیت تلفنی می‌بایستی وضعیت بالینی و داروهای مصرفی بیمار به دقت ارزیابی و ثبت شود.

۴- اگر براساس ویزیت تلفنی نیاز به ویزیت حضوری بالینگر زودتر از زمان ثبت شده در تقویم تشخیص داده شود، زمان ثبت شده قبلی حذف و زمان جدید به تقویم اضافه می‌شود.

- در صورتی که نیاز بیمار در سطح یک (۱۲-۲ ساعت) تشخیص داده شود، با مسئول اجرایی شبکه برای هماهنگی جهت اعزام بالینگر تماس گرفته می‌شود.

- در صورتی که نیاز بیمار در سطح دو (۴۸-۱۲ ساعت) تشخیص داده شود و یا امکان اعزام بالینگر آنکال برای سطح یک وجود نداشته باشد، زمان ثبت شده قبلی حذف و زمان جدید در بازه زمانی ۱۲-۴۸ به صورت باکس آن کال همراه با توضیحات به تقویم اضافه می‌شود.

- در صورتی که نیاز بیمار در سطح سه (بعد از ۴۸ ساعت) تشخیص داده شود، زمان ثبت شده قبلی حذف و زمان جدید در بازه زمانی بعد از ۴۸ ساعت به صورت باکس شیفت همراه با توضیحات (در صورت نیاز) به تقویم اضافه می‌شود.

پیوست ۶: فرم ارزیابی رضایت بیماران مراقبت در منزل

مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء (مکسا)

فرم ارزیابی رضایت بیماران مراقبت در منزل

نام و نام خانوادگی بیمار (اختیاری): _____ نسبت با بیمار: _____ سن: _____
 زمان تشکیل پرونده در مرکز: _____ جنس: مذکر مونث
 تحصیلات: بی‌سواد زیر دیپلم دیپلم تحصیلات دانشگاهی
 نحوه آشنایی با این مرکز: توصیه آشنایان توصیه پزشک معالج تبلیغات ارجاع از سایر مراکز و بیمارستان‌ها
 در خصوص هر یک از خدمات مراقبت در منزل که تا به حال استفاده کرده‌اید، میزان رضایت خود را اعلام کنید؟

مسئول شبکه (پزشک هماهنگ کننده) <input type="radio"/>	رضایت از نحوه برخورد:	کیفیت خدمات ارائه شده:	دفعات ارائه خدمت:
	زیاد / متوسط / کم	خوب / متوسط / ضعیف	مناسب / کم
ویزیت توسط پزشک <input type="radio"/> / نام پزشک:	رضایت از نحوه برخورد:	کیفیت خدمات ارائه شده:	دفعات ارائه خدمت:
	زیاد / متوسط / کم	خوب / متوسط / ضعیف	مناسب / کم
ویزیت توسط پزشک <input type="radio"/> / نام پزشک:	رضایت از نحوه برخورد:	کیفیت خدمات ارائه شده:	دفعات ارائه خدمت:
	زیاد / متوسط / کم	خوب / متوسط / ضعیف	مناسب / کم
ویزیت توسط پزشک <input type="radio"/> / نام پزشک:	رضایت از نحوه برخورد:	کیفیت خدمات ارائه شده:	دفعات ارائه خدمت:
	زیاد / متوسط / کم	خوب / متوسط / ضعیف	مناسب / کم
ویزیت پرستاری <input type="radio"/> / نام پرستار:	رضایت از نحوه برخورد:	کیفیت خدمات ارائه شده:	دفعات ارائه خدمت:
	زیاد / متوسط / کم	خوب / متوسط / ضعیف	مناسب / کم
ویزیت پرستاری <input type="radio"/> / نام پرستار:	رضایت از نحوه برخورد:	کیفیت خدمات ارائه شده:	دفعات ارائه خدمت:
	زیاد / متوسط / کم	خوب / متوسط / ضعیف	مناسب / کم
پزشک مشاور تلفنی در ساعات عصر و شب <input type="radio"/>	رضایت از نحوه برخورد:	کیفیت خدمات ارائه شده:	دفعات ارائه خدمت:
	زیاد / متوسط / کم	خوب / متوسط / ضعیف	مناسب / کم
مشاوره روان‌شناسی <input type="radio"/> / نام روان‌شناس:	رضایت از نحوه برخورد:	کیفیت خدمات ارائه شده:	دفعات ارائه خدمت:
	زیاد / متوسط / کم	خوب / متوسط / ضعیف	مناسب / کم
مراقبت معنوی <input type="radio"/> / نام مراقب:	رضایت از نحوه برخورد:	کیفیت خدمات ارائه شده:	دفعات ارائه خدمت:
	زیاد / متوسط / کم	خوب / متوسط / ضعیف	مناسب / کم
خدمات فیزیوتراپی <input type="radio"/> / نام فیزیوتراپ:	رضایت از نحوه برخورد:	کیفیت خدمات ارائه شده:	دفعات ارائه خدمت:
	زیاد / متوسط / کم	خوب / متوسط / ضعیف	مناسب / کم
مشاوره تغذیه <input type="radio"/> / نام کارشناس:	رضایت از نحوه برخورد:	کیفیت خدمات ارائه شده:	دفعات ارائه خدمت:
	زیاد / متوسط / کم	خوب / متوسط / ضعیف	مناسب / کم
تجهیزات پزشکی <input type="radio"/>	رضایت از نحوه برخورد:	کیفیت خدمات ارائه شده:	دفعات ارائه خدمت:
	زیاد / متوسط / کم	خوب / متوسط / ضعیف	مناسب / کم

لطفا در مورد سوالات ذیل مناسب ترین گزینه را انتخاب کنید

موارد نظرسنجی	کاملا راضی	راضی	متوسط	ناراضی	کاملا ناراضی
۱- رضایت شما از نحوه برخورد پرسنل پذیرش و رسیدگی آن‌ها به چه میزان است؟					
۲- رضایت شما از نحوه نوبت‌دهی و مدت زمان انتظار جهت دریافت نوبت به چه میزان است؟					
۳- رضایت شما از فضای فیزیکی و امکانات مرکز به چه میزان است؟					
۴- در صورت مراجعه به مدیریت، رضایت شما از نحوه برخورد مدیریت مرکز به چه میزان است؟					

در صورت تمایل فرد یا افرادی که بهترین برخورد و بیشترین رضایت را از آن‌ها دارید، نام ببرید.

.....

در صورت تمایل فرد یا افرادی که برخورد نامناسبی با شما داشته‌اند را نام ببرید.

.....

نام گروه‌ها و کلاس‌های آموزشی که در آن‌ها شرکت داشته‌اید را ذکر کنید.

.....

نام اردو‌هایی که در آن‌ها شرکت داشته‌اید را ذکر کنید.

.....

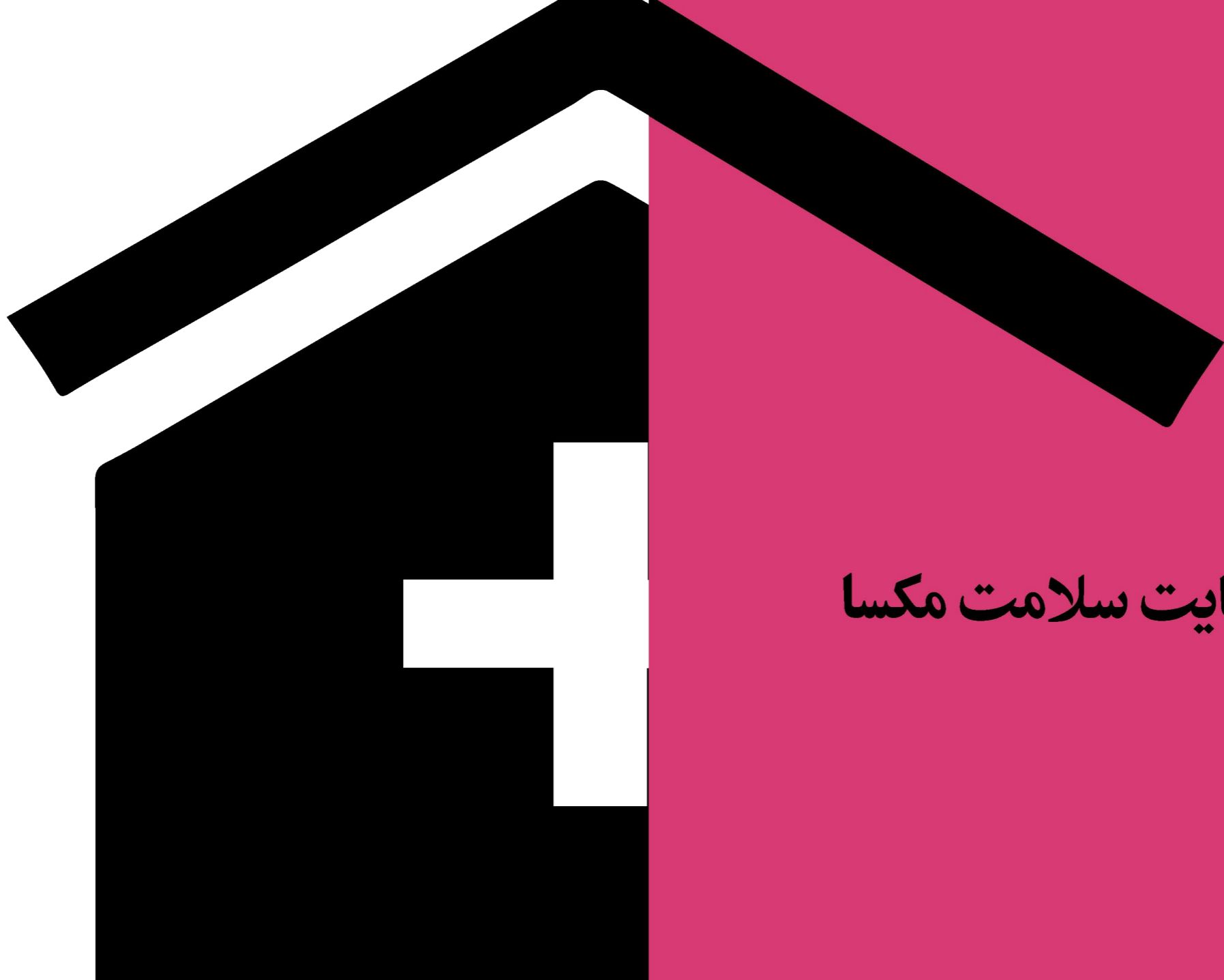
پیشنهادات و انتقادات:

.....

.....

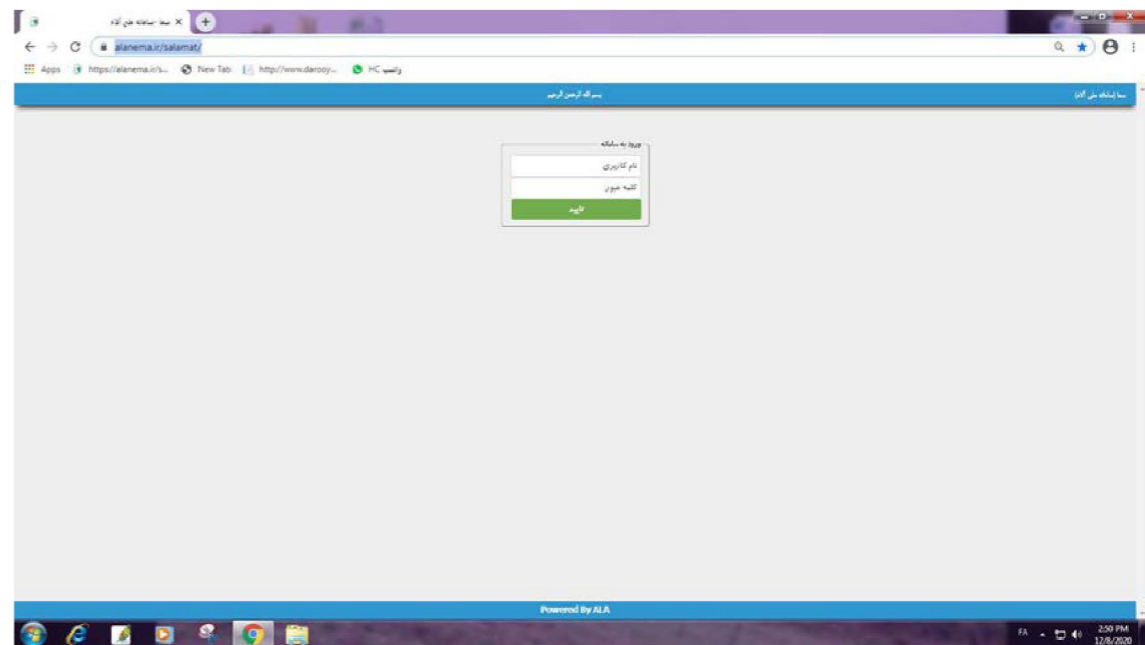
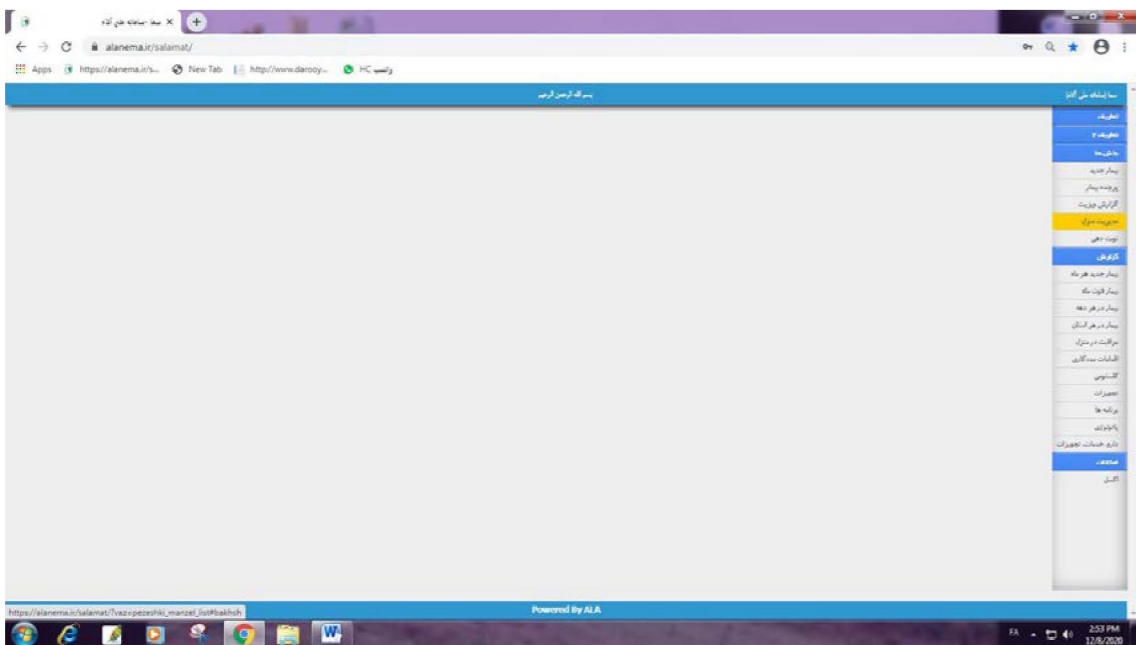
.....

نحوه کار با سایت سلامت مکسا



در قسمت بخش ها، مدیریت منزل وارد تقویم هوم کرمی شویم.

ورود به سایت مرکز با آدرس <https://alanema.ir/salamat> نام کاربری و کلمه عبور را وارد میکنیم و وارد سایت میشویم.

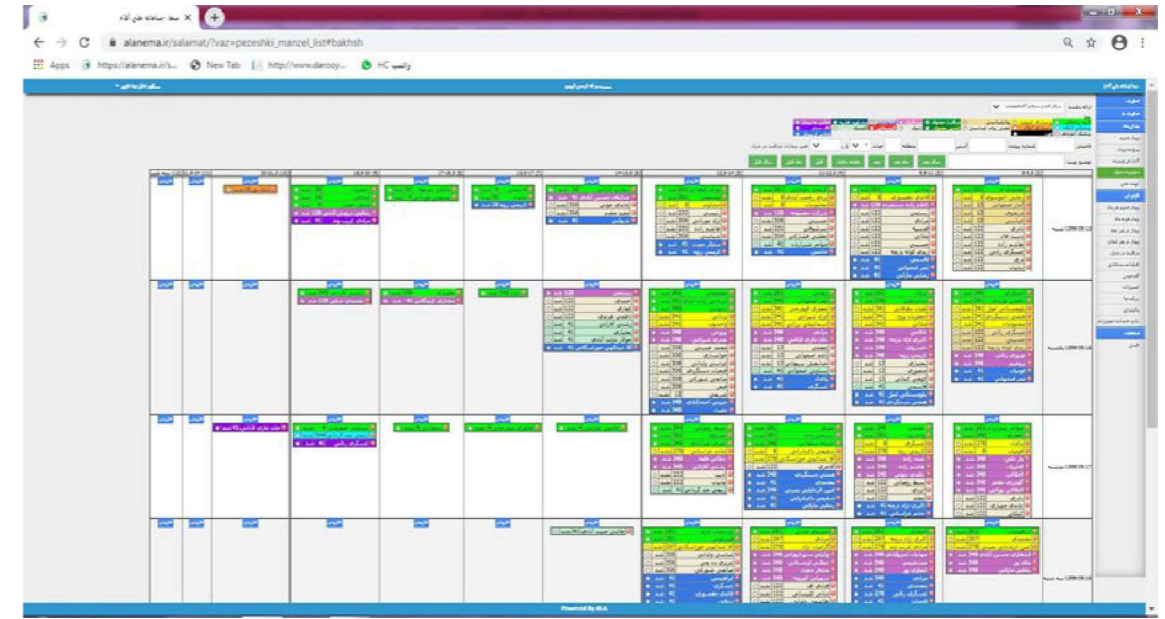


تقویم هوم کر

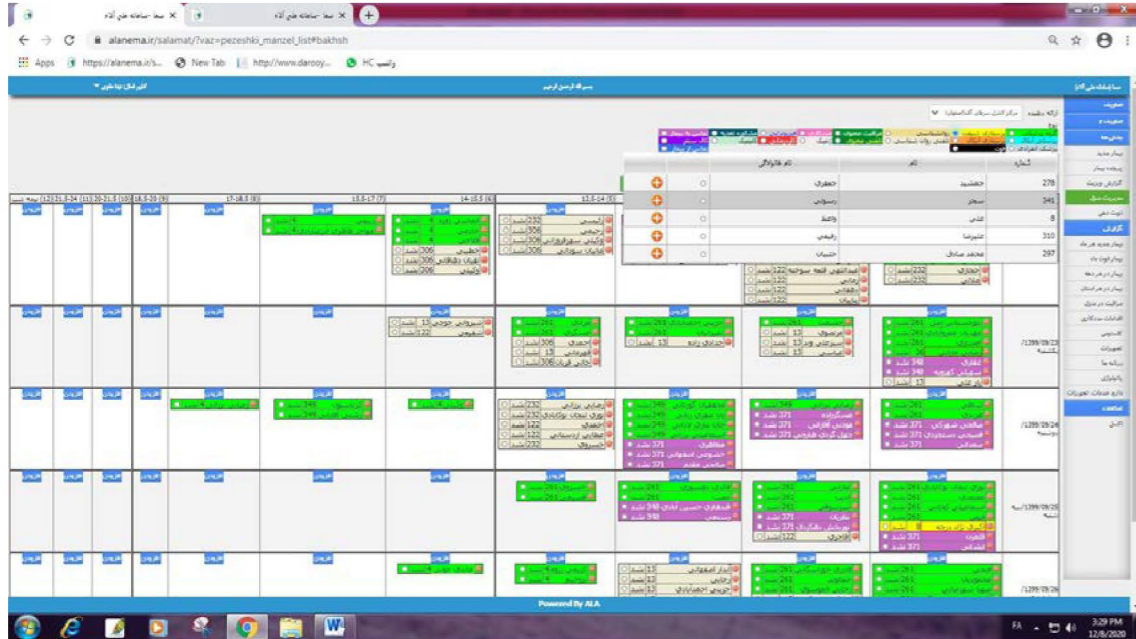
چیدمان خدماتی که برای بیماران مراقبت در منزل قرار است انجام شود، در این تقویم نمایش داده می‌شود. در قسمت بالا انواع خدماتی که برای بیماران انجام می‌شود با رنگ‌های مختلف نشان داده شده است. تقویم جدول هنگام ورود به برنامه، هفته جاری را نشان می‌دهد و با انتخاب گزینه‌های قبل، بعد، هفته آینده و... به زمان‌های دیگر قابل تغییر است. روزهای هفته از شنبه تا جمعه و ستون‌های جدول از راست به چپ بازه‌های زمانی را نشان می‌دهد به عنوان مثال صبح حدود ۸ تا ۹:۳۰ و ... تا ۱۲ نیمه شب. با اختصاص باکس‌های مختلف به نام بیماران، خدمات مختلف هوم کر در زمان‌های تعیین شده برنامه‌ریزی و سپس اجرا می‌شود. وقتی باکس برنامه خاصی برای بیمار در تقویم قرار داده می‌شود، به صورت پیش‌نویس با کلمه "نشد" ثبت می‌شود و بعد از انجام آن خدمت و ثبت ویزیت پرونده کتبی در سیستم و تایید توسط مسئول علمی شبکه، با کلیک روی قسمت "نشد"، کلمه به "شد" تبدیل می‌شود.

چیدن اولیه باکس‌های خدمات بیماران

بالینگری که قرار است خدمت را انجام دهد، علامت‌گذاری می‌شود. همینطور نام بیمار انتخاب می‌شود. از طریق کلمه افزودن، باکس مشخص برای خدمت به آن بیمار در جدول ثبت می‌شود. کد مربوط به نام بالینگر و نام خانوادگی بیمار، در هر باکس قابل دیدن است.



آئین نامه اجرائی شبکه مراقبت در منزل



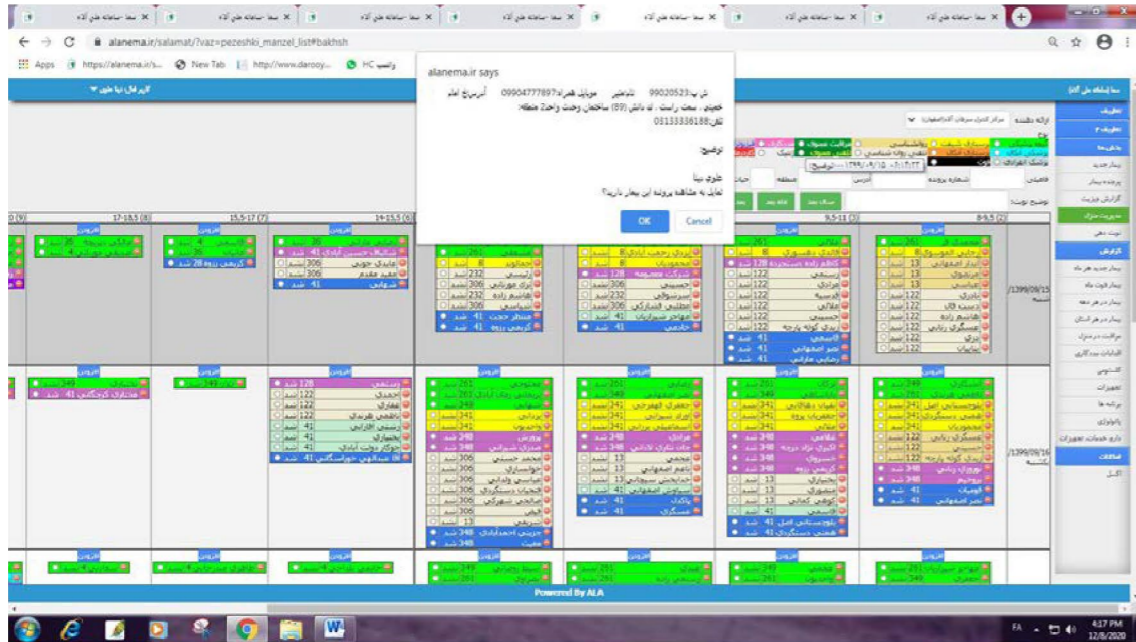
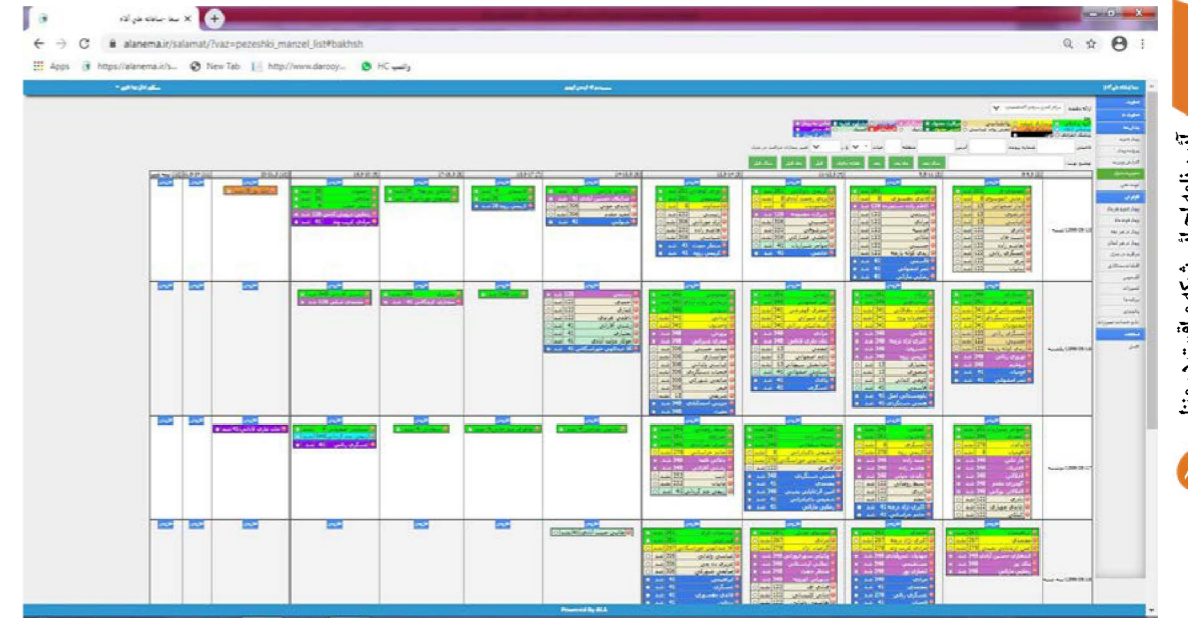
آئین نامه اجرائی شبکه مراقبت در منزل

رسیدگی به پرونده های بیماران ویزیت شده در منزل

بعد از اینکه طبق چیدمان اولیه، برنامه ریزی نهایی برای اعزام تیم ها به منزل بیماران انجام شد پرونده های کاغذی در منزل بیماران توسط بالینگر پزشک، پرستار، روان شناس و..... تکمیل می شود و به مرکز برگردانده می شود، تایپ می شود و ویزیت بیمار در پرونده الکترونیک ثبت می شود و پزشک هماهنگ کننده علمی شبکه مراقبت در منزل، پس از ادیت نهایی متن ویزیت و داروها، باکس اولیه "نشد" را با کلیک تبدیل به "شد" می کند؛ سپس طبق برنامه ریزی که پزشک منزل برای ویزیت آینده بیمار به پزشک هماهنگ کننده مرکز پیشنهاد داده، در هفته های آینده تقویم هوم کر، مجدداً باکس ویزیت به صورت اولیه برای همان بیمار اختصاص داده می شود. به همین شکل تمام ارجاعات بیمار، به عنوان مثال: نیاز به تعویض سوند ادراری (طبق درخواست پزشک ویزیت کننده) مثلاً طی یک هفته آینده و سایر ارجاعات بیمار، در تقویم برنامه ریزی می شود.

تطابق باکس با ویزیت الکترونیک

به ازای باکس های موجود در تقویم هوم کر، ویزیت الکترونیک در همه قسمت های پرونده وجود دارد. با کلیک روی باکس مربوط به هر ویزیت پرونده الکترونیک بیمار قابل دسترسی است و قسمت های مختلف پرونده از جمله ویزیت های پزشکی، ویزیت های پرستاری، روان شناسی و ... برای بالینگران مختلف با سطح دسترسی های مختلف، قابل مشاهده است.



پرونده الکترونیک هر بیمار قسمت‌های متنوعی دارد: از سمت راست، اطلاعات دموگرافیک و آشنایی بیمار با مرکز، پاتولوژی، شرح حال اولیه، عوامل خطر، شرح حال همراه بیمار، ویزیت دوره‌ای، ویزیت پرستاری، لنف ادم، روان‌شناسی، مراقبت‌های معنوی، تغذیه، مددکاری، تجهیزات پزشکی، ژنتیک و...

ویزیت‌های پزشکی یک بیمار

به تفکیک تاریخ انجام ویزیت، محل انجام ویزیت و.....تماس از بیمار یا تماس با کال سنتر همه این ویزیت‌ها قابل دسترسی است.

این صفحه نمایشگر تاریخچه ویزیت‌های بیمار است. شامل فیلترها، جدول ویدئو و دکمه‌های عملیاتی است.

تاریخ ویزیت	محل	شرح
۱۳۹۹/۰۹/۱۸	بیمارستان	معاینه بیمار همراه همسر خانم. شرح حال: بیمار با سابقه بیماری مزمن، مراجعه به بیمارستان جهت بررسی وضعیت کلیه و کنترل فشارخون. معاینه فیزیکی: فشارخون ۱۳۰/۸۰، نبض ۷۰، تن ریتمیک. آزمایش‌ها: کراتینین ۰.۸، اسید اسیک ۲.۵. تشخیص: فشارخون مزمن. اقدامات: ادامه داروهای درمانی.
۱۳۹۹/۰۹/۱۸	بیمارستان	معاینه بیمار همراه همسر خانم. شرح حال: بیمار با سابقه بیماری مزمن، مراجعه به بیمارستان جهت بررسی وضعیت کلیه و کنترل فشارخون. معاینه فیزیکی: فشارخون ۱۳۰/۸۰، نبض ۷۰، تن ریتمیک. آزمایش‌ها: کراتینین ۰.۸، اسید اسیک ۲.۵. تشخیص: فشارخون مزمن. اقدامات: ادامه داروهای درمانی.
۱۳۹۹/۰۹/۱۷	بیمارستان	معاینه بیمار همراه همسر خانم. شرح حال: بیمار با سابقه بیماری مزمن، مراجعه به بیمارستان جهت بررسی وضعیت کلیه و کنترل فشارخون. معاینه فیزیکی: فشارخون ۱۳۰/۸۰، نبض ۷۰، تن ریتمیک. آزمایش‌ها: کراتینین ۰.۸، اسید اسیک ۲.۵. تشخیص: فشارخون مزمن. اقدامات: ادامه داروهای درمانی.
۱۳۹۹/۰۹/۰۹	بیمارستان	معاینه بیمار همراه همسر خانم. شرح حال: بیمار با سابقه بیماری مزمن، مراجعه به بیمارستان جهت بررسی وضعیت کلیه و کنترل فشارخون. معاینه فیزیکی: فشارخون ۱۳۰/۸۰، نبض ۷۰، تن ریتمیک. آزمایش‌ها: کراتینین ۰.۸، اسید اسیک ۲.۵. تشخیص: فشارخون مزمن. اقدامات: ادامه داروهای درمانی.
۱۳۹۹/۰۹/۰۶	بیمارستان	معاینه بیمار همراه همسر خانم. شرح حال: بیمار با سابقه بیماری مزمن، مراجعه به بیمارستان جهت بررسی وضعیت کلیه و کنترل فشارخون. معاینه فیزیکی: فشارخون ۱۳۰/۸۰، نبض ۷۰، تن ریتمیک. آزمایش‌ها: کراتینین ۰.۸، اسید اسیک ۲.۵. تشخیص: فشارخون مزمن. اقدامات: ادامه داروهای درمانی.
۱۳۹۹/۰۸/۲۳	بیمارستان	معاینه بیمار همراه همسر خانم. شرح حال: بیمار با سابقه بیماری مزمن، مراجعه به بیمارستان جهت بررسی وضعیت کلیه و کنترل فشارخون. معاینه فیزیکی: فشارخون ۱۳۰/۸۰، نبض ۷۰، تن ریتمیک. آزمایش‌ها: کراتینین ۰.۸، اسید اسیک ۲.۵. تشخیص: فشارخون مزمن. اقدامات: ادامه داروهای درمانی.
۱۳۹۹/۰۸/۲۳	بیمارستان	معاینه بیمار همراه همسر خانم. شرح حال: بیمار با سابقه بیماری مزمن، مراجعه به بیمارستان جهت بررسی وضعیت کلیه و کنترل فشارخون. معاینه فیزیکی: فشارخون ۱۳۰/۸۰، نبض ۷۰، تن ریتمیک. آزمایش‌ها: کراتینین ۰.۸، اسید اسیک ۲.۵. تشخیص: فشارخون مزمن. اقدامات: ادامه داروهای درمانی.
۱۳۹۹/۰۸/۲۳	بیمارستان	معاینه بیمار همراه همسر خانم. شرح حال: بیمار با سابقه بیماری مزمن، مراجعه به بیمارستان جهت بررسی وضعیت کلیه و کنترل فشارخون. معاینه فیزیکی: فشارخون ۱۳۰/۸۰، نبض ۷۰، تن ریتمیک. آزمایش‌ها: کراتینین ۰.۸، اسید اسیک ۲.۵. تشخیص: فشارخون مزمن. اقدامات: ادامه داروهای درمانی.
۱۳۹۹/۰۸/۲۳	بیمارستان	معاینه بیمار همراه همسر خانم. شرح حال: بیمار با سابقه بیماری مزمن، مراجعه به بیمارستان جهت بررسی وضعیت کلیه و کنترل فشارخون. معاینه فیزیکی: فشارخون ۱۳۰/۸۰، نبض ۷۰، تن ریتمیک. آزمایش‌ها: کراتینین ۰.۸، اسید اسیک ۲.۵. تشخیص: فشارخون مزمن. اقدامات: ادامه داروهای درمانی.

این نامه اجرائی شبکه مراقبت در منزل

این نامه اجرائی شبکه مراقبت در منزل

بخش گزارش قسمت مراقبت در منزل

تمام اطلاعات تقویم هوم کر در این قسمت به تفکیک انواع مختلف فیلتر می شود و قابل سرچ به صورت یکجا هست .

مثلاً تعداد کل خدمات مرکز، نام تمام پزشکان مرکز، کل خدمات مربوط به یک بیمار و.....

