

### إصدار رقم 13.0

تُستخدم لتسجيل كل من مرض بالسكتة الدماغية الحادة منذ تاريخ 1 يناير/ كانون الثاني 2013 وبعد ذلك.

## متابعة – الثلاثة أشهر – الوطنية لمرضى السكتة الدماغية

تُعبأ هذه البيانات من قبل موظفي الرعاية الطبية في وحدات السكتة الدماغية

رقم الضمان الاجتماعي: | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | |

الاسم:

.....

العنوان:

.....

العنوان البريدي:

.....

رقم الهاتف\*:

.....

رمز البلدية عند المتابعة (معلومة اختيارية) | | | | | | | | | |  
رمز المحافظة عند المتابعة (معلومة اختيارية) | | | | | | | | | |

المستشفى المُبلغ | | | | | | | | | | القسم | | | | | | | | | |

\* تُدون بيانات العنوان والرمز البريدي ورقم الهاتف على الاستمارة المطبوعة فقط ولن يتم تسجيلها في السجل الالكتروني.

تاريخ المتابعة لهذا الاستطلاع (السنة والشهر واليوم) | | | | | | | | | |

### ينبغي تعبئة الاستمارة 3 أشهر بعد الإصابة بالسكتة الدماغية

#### التعليمات:

- يمكنك الاستعانة بمساعدة إذا كنت في حاجة إليها من أجل تعبئة الاستمارة. اذكر في إجابة سؤال رقم 28 من الذي/الذين قاموا بمساعدتك للإجابة على الأسئلة.
- إذا كنت لا تعرف إجابة سؤال ما والاختيار "لا أعرف" لا يوجد من بين الاختيارات، عليك عندئذ أن تترك السؤال بدون إجابة.
- ضع علامة X في المربع الذي يناسبك على أفضل وجه.

### 1. أين تعيش في الوقت الحالي؟

- أعيش في مسكني الشخصي بدون مساعدة الخدمة المنزلية (الخدمة المنزلية لا تعني الخدمة الطبية المنزلية أو الخدمة الطبية المنزلية المتقدمة)
- أعيش في مسكني الشخصي مع مساعدة الخدمة المنزلية (الخدمة المنزلية لا تعني الخدمة الطبية المنزلية أو الخدمة الطبية المنزلية المتقدمة)
- أعيش في مسكن خاص (مثلا دار الرعاية الطويلة الأمد/sjukhem أو دار خدمات المسنين/servicehus أو مسكن الفترة القصيرة/korttidsboende أو سكن جماعي/gruppboende أو مكان مؤقت/slussplats أو سكن بالتبادل/växelsboende أو ما شابه)
- في مستشفى الطوارئ (مثلا العيادة الطبية أو العصبية أو الجراحية)
- في مستشفى المسنين أو عيادة إعادة التأهيل
- في مكان آخر

### 2. هل تعيش لوحده؟

- نعم، أنا أعيش لوحدي تماما.
- لا، أنا أعيش مع زوجي/زوجتي/شريكي أو شخص آخر (من الأخوة أو الأطفال أو الوالدين مثلا).

### 3. كيف حركتك في الوقت الحالي؟

- أستطيع التنقل لوحدي في الداخل والخارج.
- أستطيع التنقل لوحدي في الداخل ولكن ليس في الخارج.
- أحصل على المساعدة من شخص آخر عند التنقل.

### 4. هل تحتاج إلى مساعدة عند زيارة المرحاض؟

- أتمكن من زيارة المرحاض لوحدي تماما.
- أحصل على مساعدة عند زيارة المرحاض.

### 5. هل تحتاج إلى مساعدة عند لبس وخلع الملابس؟

- أتمكن من لبس وخلع الملابس لوحدي تماما.
- أحصل على مساعدة عند لبس وخلع الملابس.

### 6. بعد خروجك من المستشفى، هل رجعت إلى الطبيب لزيارة المتابعة، أو هل حصلت على موعد لزيارة المتابعة لدى الطبيب؟

انتبه! يمكنك اختيار عدة إجابات.

- نعم، في المستشفى (في العيادة أو في بالقسم).
- نعم، في المركز الصحي أو ما شابه (مثلا في عيادة طبيب خاصة).
- نعم، في وحدة إعادة التأهيل بالنهار.
- نعم، في المسكن الخاص أو في المسكن الشخصي.
- لا
- لا أعرف

7. بعد خروجك من المستشفى، هل رجعت إلى الممرضة لزيارة المتابعة، أو هل حصلت على موعد لزيارة المتابعة لدى الممرضة؟  
انتبه! يمكنك اختيار عدة إجابات.

نعم، في المستشفى (في العيادة أو في القسم).

نعم، في المركز الصحي أو ما شابه (مثلا في عيادة طبيب خاصة).

نعم، في وحدة إعادة التأهيل بالنهار.

نعم، في المسكن الخاص أو في المسكن الشخصي.

لا

لا أعرف

8. هل ترى أنه قد تم تلبية حاجتك للدعم أو المساعدة من قبل الرعاية الطبية أو البلدية؟  
(وفقا للسؤال السابق رقم 8، أعلاه).

نعم، بشكل تام

نعم، بشكل جزئي

لا

لم احتاج/أريد أي دعم أو مساعدة.

لا أعرف

9. ما نوع الدعم أو المساعدة التي حصلت عليها من قبل الرعاية الطبية أو البلدية بعد خروجك من المستشفى؟  
انتبه! يمكنك اختيار عدة إجابات.

إعادة التأهيل النهارية/فريق إعادة التأهيل.

إعادة التأهيل المنزلية

مسكن لفترة قصيرة

دعم آخر (مثلا طبيب أو ممرضة أو معالج فيزيائي أو معالج النشاطات أو المعالج الاجتماعي أو مقوم النطق)

الخدمة المنزلية.

خدمة جهاز الإنذار.

لم احتاج/أريد أي دعم أو مساعدة.

لا أعرف

10. هل تعتمد في الوقت الحالي على دعم أو مساعدة من قبل أحد أفراد العائلة/الأقرباء؟

نعم، معتمد بشكل تام

نعم، معتمد بشكل جزئي

لا، على الإطلاق

لا أعرف

11. هل تعاني من صعوبات أثناء ... ؟  
انتبه! يمكنك اختيار عدة إجابات.

- الحديث  
 القراءة  
 الكتابة  
 البلع  
 ولا واحد من الاختيارات أعلاه  
 لا أعرف

12. هل قابلت مقوم النطق من أجل تقييم أو علاج مقدرتك على الحديث أو البلع أو الكتابة؟

- نعم  
 لا  
 لا أعرف

13. هل تدخن؟

- نعم  
 لا  
 لا أعرف

14. هل تشعر بالاكنتاب؟

- أبدا أو تقريبا أبدا  
 أحيانا  
 غالبا  
 دائما  
 لا أعرف

15. هل تتناول دواء ضد الاكنتاب؟

- نعم  
 لا  
 لا أعرف

16. هل تتناول دواء ضد ضغط الدم العالي؟

- نعم  
 لا  
 لا أعرف

17. ما هو تقييمك لحالتك الصحية العامة؟

- جيدة جدا  
 جيدة نوعا ما  
 سيئة نوعا ما  
 سيئة جدا  
 لا أعرف

18. هل تشعر بالتعب؟

- أبدا أو تقريبا أبدا  
 أحيانا  
 غالبا  
 دائما  
 لا أعرف

19. هل تعاني من الآلام؟

- أبدا أو تقريبا أبدا  
 أحيانا  
 غالبا  
 دائما  
 لا أعرف

20. هل تعاني من صعوبات في الذاكرة؟

- أبدا أو تقريبا أبدا  
 أحيانا  
 غالبا  
 دائما  
 لا أعرف

21. هل أنت راضٍ أم مستاء من الرعاية الطبية التي تلقيتها أثناء إقامتك في المستشفى؟

- راضٍ جدا  
 راضٍ  
 مستاء  
 مستاء جدا  
 لا أعرف

22. هل أنت راضٍ أم مستاء من معاملة موظفي الرعاية الطبية أثناء إقامتك في المستشفى؟

- راضٍ جداً  
 راضٍ  
 مستاء  
 مستاء جداً  
 لا أعرف

23. هل أنت راضٍ أم مستاء من المحادثات الخاصة مع الطبيب أثناء إقامتك في المستشفى؟

- راضٍ جداً  
 راضٍ  
 مستاء  
 مستاء جداً  
 لم أحصل على محادثات خاصة مع الطبيب  
 لا أعرف

24. هل أنت راضٍ أم مستاء من المعلومات التي حصلت عليها حول مرض السكتة الدماغية؟

- راضٍ جداً  
 راضٍ  
 مستاء  
 مستاء جداً  
 لم أحصل على معلومات حول مرض السكتة الدماغية  
 لا أعرف

25. هل تعرف إلى أين ستوجه إذا احتجت إلى الدعم أو المساعدة بعد إقامتك في المستشفى؟

- نعم  
 لا  
 لا أعرف

يُقصد بإعادة التأهيل أو التدريب، التمارين من أجل تحسين أو الحفاظ على حركتك وقدرتك على تسيير أمور حياتك اليومية.

26. هل أنت راضٍ أم مستاء من إعادة التأهيل أو التمرين أثناء إقامتك في المستشفى؟

- راضٍ جداً  
 راضٍ  
 مستاء  
 مستاء جداً  
 لم تكن لدي حاجة للحصول على إعادة التأهيل أو التمرين أثناء الإقامة في المستشفى  
 كانت لدي حاجة ولكن لم أحصل على إعادة التأهيل أو التمرين أثناء الإقامة في المستشفى  
 لا أعرف

يُقصد بإعادة التأهيل أو التدريب، التمارين من أجل تحسين أو الحفاظ على حركتك وقدرتك على تسيير أمور حياتك اليومية.

27. هل أنت راضٍ أم مستاء من إعادة التأهيل أو التمرين بعد إقامتك في المستشفى؟

راضٍ جداً

راضٍ

مستاء

مستاء جداً

لم تكن لدي حاجة للحصول على إعادة التأهيل أو التمرين بعد الإقامة في المستشفى

كانت لدي حاجة ولكن لم أحصل على إعادة التأهيل أو التمرين بعد الإقامة في المستشفى

لا أعرف

28. هل لديك إعادة تأهيل / تمرين تمارسه الآن؟

نعم

لا، ولكن أحتاج لذلك

لا، لا أحتاج لذلك

لا أعرف

29. من قام بالإجابة على هذا الاستطلاع؟

المريض لوحده خطياً

المريض بمساعدة أحد أفراد العائلة/الأقرباء أو موظفي الرعاية الطبية

المريض من خلال الهاتف

شخص آخر

المريض أثناء زيارته للمستشفى أو المركز الصحي

موظفي الرعاية الطبية فقط

أحد الأقرباء فقط

شكراً جزيلاً لمشاركتكم!

الرجاء تأكد من إجابتك على 29 سؤالاً!

قم بإرسال هذا الاستطلاع باستخدام م ظروف الإجابة الملحق