

## منظمة (Riksstroke) - ثلاثة أشهر - متابعة

تستخدم النسخة 1.25 أثناء تسجيل كل من يتعرض لجلطة طارئة اعتباراً من 01-01-2024 وما بعد

<p>تملأ هذه المعلومات من قبل عاملي الرعاية الطبية في وحدة أمراض الجلطة</p> <p>الرقم الوطني:                     -                    </p> <p>الاسم: .....</p> <p>المستشفى الذي قامت بالتقرير:                     القسم:                    </p> <p>تاريخ المتابعة المقرر لهذه الاستمارة (السنة، الشهر، اليوم)                    </p> <p>يجب أن تملأ استمارة الأسئلة بعد مرور ثلاثة أشهر على التعرض للجلطة</p> <p><b>التعليمات:</b></p> <p>- من الممكن طلب المساعدة في ملء استمارة الأسئلة. قم بإفادة من هو الذي قام بالإجابة على الاستمارة في السؤال الأول.</p> <p>- على الشخص الذي سيجيب على الأسئلة أن يتخطى الإجابة على السؤال في حال لم يكن على معرفة بالإجابة وتفقد خيارات الأجوبة إلى خيار "لا أعلم".</p> <p>- يمكنك ترك الأسئلة المتعلقة بالرقود بالمستشفى دون إجابة في حالة عدم رقادك بالمستشفى.</p> <p>- قم باختيار الإجابة التي تتطابق بأفضل شكل مع حالتك، و عليك أن تختار إجابة واحدة فقط إلا في حال ذكر ما يخالف ذلك.</p>
---

تاريخ ملء الاستمارة: | | | | | | | | | |

### 1. من الذي قام بالإجابة على استمارة الأسئلة؟

- أنا من قمت بذلك كتابياً لوحدي
- أنا من قمت بذلك بنفسي بمساعدة أحد الأقرباء/المقربين أو عاملي الرعاية الطبية
- أنا من قمت بذلك بنفسي (المريض) عبر الهاتف
- أنا من قمت بذلك بنفسي (المريض) أثناء مراجعتي للمستشفى/المستوصف
- فقط عاملي الرعاية الطبية
- فقط شخص مقرب
- شخص آخر

## السكن

٢. أين تقيم في الوقت الراهن؟

- أقيم في منزلي الخاص، دون أي مساعدة من قبل الخدمة المنزلية (لا يُقصد بالخدمة المنزلية الرعاية الصحية المنزلية أو الرعاية الصحية المنزلية المتقدمة)
- أقيم في منزلي الخاص، وأحصل على مساعدة من قبل الخدمة المنزلية (لا يُقصد بالخدمة المنزلية الرعاية الصحية المنزلية أو الرعاية الصحية المنزلية المتقدمة)
- أقيم في سكن مخصص (على سبيل المثال، دار رعاية المرضى أو دار خدمة العجزة والمسنين أو سكن مؤقت أو سكن جماعي أو سكن مؤقت خلال عملية الفرز أو سكن بالتناوب أو ما يشابه ذلك)
- مستشفى الطوارئ (على سبيل المثال، القسم الطبي أو قسم الأمراض العصبية أو العيادة الجراحية)
- أخرى \_\_\_\_\_
- قسم طب الشيخوخة وإعادة التأهيل

٣. هل تقيم لوحده؟

- نعم، أنا أقيم لوحدي
- لا، أنا أشارك المنزل من زوج أو زوجة أو شريك أو شخص آخر على سبيل المثال، أخوة وأخوات أو أطفال أو والدين

## نشاطات الحياة اليومية

٤. هل تعافيت تماماً بعد تعرضك للجلطة؟

- نعم
- لا
- لا أعلم

٥. هل استطعت العودة إلى الحياة والأنشطة التي كانت لديك قبل تعرضك للجلطة؟

- نعم، بشكل تام
- نعم، ولكن ليس تماماً كما في السابق
- لا
- لا أعلم

٦. كيف هي حالتك الحركية في الوقت الراهن؟

- يمكنني التنقل سواء داخل أو خارج المنزل دون مساعدة شخص آخر
- يمكنني التنقل داخل المنزل لكنني أحصل على المساعدة من قبل شخص آخر أثناء تنقلي خارج المنزل.
- أحصل على المساعدة من قبل شخص آخر أثناء تنقلي سواء كان ذلك داخل أو خارج المنزل

٧. هل تحصل على المساعدة من أحد أثناء دخولك إلى المرحاض؟

يمكنني إنجاز ذلك تماماً بمفردي

أحصل على المساعدة أثناء دخولي إلى المرحاض

٨. هل تحصل على المساعدة في ارتداء ونزع الملابس؟

يمكنني تدبير أموري بمفردي فيما يتعلق بارتداء ونزع الملابس

أحصل على المساعدة في ارتداء ونزع ملابسي

٩. هل تعتمد في الوقت الراهن على الدعم أو المساعدة؟

نعم، بشكل تام

نعم، بشكل جزئي

لا

لا أعلم

١٠. هل يمكنك إنجاز التنقلات المحلية بمفردك (على سبيل المثال، بواسطة السيارة أو الدراجة الهوائية أو وسائل النقل

العام أو خدمة نقل العجزة وذوي الاحتياجات الخاصة)؟

نعم

نعم، إلى درجة معينة ولكن ليس كما في السابق

لا

لا أعلم

المشاكل الصحية الناجمة عن التعرض للجلطة والحياة بعد التعرض للجلطة

١١. ما هو تقييمك لحالتك الصحية العامة؟

جيدة جداً

جيدة إلى حد ما

سيئة إلى حد ما

سيئة جداً

لا أعلم

١٢. هل تشعر بأنك محبط أو مكتئب أو مصاب بالهلع بصورة إضافية منذ تعرضك للجلطة؟

نعم

لا

لا أعلم

١٣. هل تشعر بتعب متصاعد يؤثر على قدراتك في إنجاز النشاطات الاعتيادية منذ تعرضك للجلطة؟

نعم

لا

لا أعلم

١٤. هل تشعر بنوع جديد من الألم تربطه بالجلطة التي تعرضت لها؟

نعم

لا

لا أعلم

١٥. هل تشعر بصعوبة في التفكير أو التركيز أو تذكر الأشياء منذ تعرضك للجلطة؟

نعم

لا

لا أعلم

في حال كانت إجابتك على السؤال رقم ١٥ هي نعم، فهل يؤثر ذلك على قدرتك في إنجاز النشاطات اليومية؟

نعم

لا

لا أعلم

انطباعك والمعلومات المقدمة من قبل عاملي الرعاية الطبية

١٦. هل حصلت على نصائح متعلقة بتغييرات نمط الحياة المرتبطة بالصحة (على سبيل المثال، نصائح حول النشاطات

البدنية والغذاء والنوم والتوتر والإقلاع عن التدخين) من أجل تجنب التعرض لجلطة جديدة؟

نعم

لا

لا أعلم

١٧. هل تدخن؟

نعم، أذخن سيجارة واحدة أو عدة سجائر في اليوم

لا

لا أعلم

١٨. هل تمت دعوتك لدعمك بالإقلاع عن التدخين بعد تعرضك للجلطة؟

لست بحاجة لأنني لم أدخن قبل تعرضي للجلطة

نعم

لا

لا أعلم

١٩. برأيك، هل ترى أن الدعم أو المساعدة التي تحصل عليها من قبل قسم الرعاية الطبية أو البلدية تلبى احتياجاتك بعد

تعرضك للجلطة؟

لم أحتج/لم أزد الحصول على أية دعم أو مساعدة

نعم، تلبى احتياجاتي بصورة تامة

نعم، تلبى احتياجاتي بشكل جزئي

لا، لا تلبى احتياجاتي إطلاقاً

لا أعلم

٢٠. ما مدى رضاك أو عدم رضاك عن إعادة التأهيل/التمارين التي قدمت لك أثناء رقودك في المستشفى بعد تعرضك

للجلطة؟

راضٍ جداً

راضٍ

غير راضٍ

غير راضٍ إطلاقاً

لم أحتج لإعادة التأهيل أو التمرين أثناء فترة رقودي في المستشفى

لقد كنت أحتاج إلى ذلك لكنه لم يتاح لي إمكانية إعادة التأهيل أو التمرين خلال فترة رقودي في المستشفى

لا أعلم

٢١. ما مدى رضاك أو عدم رضاك عن إعادة التأهيل أو التمرين بعد مغادرتك للمستشفى بناءً على تعرضك للجلطة؟

راضٍ جداً

راضٍ

غير راضٍ

غير راضٍ إطلاقاً

لم أحتج لإعادة التأهيل أو التمرين بعد فترة رقودي في المستشفى

لقد كنت أحتاج إلى ذلك لكنه لم يتاح لي إمكانية إعادة التأهيل أو التمرين بعد فترة رقودي في المستشفى

لا أعلم

يُقصد بإعادة التأهيل أو التمرين التدريبات التي من شأنها تحسين أو المحافظة على القدرة لإنجاز مهام الحياة اليومية. (على سبيل المثال الحركة وارتداء ونزع الملابس والدخول إلى المرحاض والقدرة على النطق والكتابة والحساب والقدرة على التركيز وطهي الطعام ... إلخ)

**شكراً جزيلاً على مشاركتك!**

تحقق من إجابتك على كافة الأسئلة!

أرسل هذه الاستمارة عبر ظرف الرد المرفق