**SKALA GOTOWOŚCI DO WYPISU ZE SZPITALA PO ZAWALE SERCA**

**The Readiness for Hospital Discharge after Myocardial Infarction Scale - (RHD MIS)**

Autor: Aldona Kubica

**Dla Pacjenta**

1. WIEDZA – ocena subiektywna

Po każdym pytaniu zaznacz jedną odpowiedź, która wydaje się najwłaściwsza

1.1. Czy wie Pan/i z jakiego powodu znalazł/a się Pan/i w szpitalu?

* 1. Tak
  2. Chyba tak
  3. Nie jestem pewien
  4. Nie

1.2. Czy zrozumiał/a Pan/i zalecenia lekarza dotyczące diety?

1. Tak
2. Chyba tak
3. Nie jestem pewien
4. Nie

1.3. Czy zrozumiał/a Pan/i zalecenia lekarza dotyczące aktywności fizycznej?

1. Tak
2. Chyba tak
3. Nie jestem pewien
4. Nie

1.4. Czy zrozumiał/a Pan/i zalecenia lekarza dotyczące przyjmowania leków?

1. Tak
2. Chyba tak
3. Nie jestem pewien
4. Nie

1.5. Czy zrozumiał/a Pan/i zalecenia lekarza dotyczące badań kontrolnych?

1. Tak
2. Chyba tak
3. Nie jestem pewien
4. Nie

1.6. Czy wie Pan/i jakie objawy powinny spowodować wezwanie pogotowia?

1. Tak
2. Chyba tak
3. Nie jestem pewien
4. Nie

1.7. Czy wie Pan/i jakie objawy powinny spowodować dodatkową wizytę u lekarza?

1. Tak
2. Chyba tak
3. Nie jestem pewien
4. Nie

2. WIEDZA – ocena obiektywna

2.1. Z jakiego powodu znalazł/a się Pan/i w szpitalu?

Zakreśl jedną właściwą odpowiedź

* 1. Zawał serca
  2. Choroba wieńcowa
  3. Choroba serca
  4. Inna choroba

2.2. Zalecenia dotyczące diety pacjenta.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

* ograniczanie tłustego mięsa,
* chude mięso jest dozwolone,
* należy zwiększyć spożycie surowych owoców,
* ograniczanie żółtych serów,
* odtłuszczony nabiał jest dozwolony,
* należy zwiększyć spożycie surowych warzyw,
* ograniczanie produktów zawierających dużo cholesterolu np. żółtka kurzych jaj,
* niewielkie ilości czerwonego wina są dozwolone,
* należy zwiększyć spożycie ryb morskich.

2.3. Zalecenia dotyczące aktywności fizycznej.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

* korzystny jest systematyczny wysiłek fizyczny - co najmniej 3-4 razy w tygodniu,
* korzystny jest umiarkowany przez ok. 30 min. dziennie,
* w przypadku pojawienia się dolegliwości należy przerwać wysiłek
* korzystny jest wysiłek związany z ruchem np. marsz, bieg, rower, pływanie

2.4. Zalecenia dotyczące przyjmowania leków.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

* wszystkie leki należy przyjmować systematycznie,
* nie należy odstawiać leków bez porozumienia z lekarzem,
* w przypadku wystąpienia objawów ubocznych działania leków należy skontaktować się z lekarzem

2.5. Zalecenia dotyczące badań kontrolnych.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

* na badania kontrolne należy zgłaszać się niezależnie od samopoczucia,
* w przypadku nawrotu objawów choroby należy zgłosić się na dodatkową wizytę u lekarza,
* w przypadku pojawienia się nowych objawów należy zgłosić się na dodatkową wizytę u lekarza,

2.6. Objawy, które powinny spowodować wezwanie pogotowia.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

* spoczynkowy ból w klatce piersiowej - ból jak przy zawale,
* spoczynkowa duszność,
* zasłabnięcie lub utrata przytomności

2.7. Objawy, które powinny spowodować dodatkową wizytę u lekarza.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

* wysiłkowy ból w klatce piersiowej,
* wysiłkowa duszność,
* zawroty głowy,
* kołatania serca,
* podwyższone ciśnienie krwi,
* obrzęki nóg,
* inne objawy, które pacjent wiąże z przyjmowaniem leków.

3. OCZEKIWANIA

3.1. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących choroby?

1. Tak
2. Chyba tak
3. Nie jestem pewien
4. Nie

3.2. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji na temat zastosowanego leczenia?

1. Tak
2. Chyba tak
3. Nie jestem pewien
4. Nie

3.3. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących diety?

1. Tak
2. Chyba tak
3. Nie jestem pewien
4. Nie

3.4. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących aktywności fizycznej?

1. Tak
2. Chyba tak
3. Nie jestem pewien
4. Nie

3.5. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących leków, które będzie Pan/i przyjmować po wypisie ze szpitala?

1. Tak
2. Chyba tak
3. Nie jestem pewien
4. Nie

3.6. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji na temat zapobiegania nawrotów choroby?

1. Tak
2. Chyba tak
3. Nie jestem pewien
4. Nie

3.7. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących badań kontrolnych?

1. Tak
2. Chyba tak
3. Nie jestem pewien
4. Nie

3.8. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących objawów choroby?

1. Tak
2. Chyba tak
3. Nie jestem pewien
4. Nie

3.9. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania innych informacji związanych z chorobą?

1. Tak
2. Chyba tak
3. Nie jestem pewien
4. Nie