



Мои цели в отношении выписки из больницы








Целевая дата выписки: _____ Врач, у которого я буду наблюдаться после выписки: _____

Моё здоровье сегодня	Цели на сегодня	Контрольный список для выписки
<p> <input type="radio"/> Зелёный <input type="radio"/> Жёлтый <input type="radio"/> Красный </p>   	<p>Дата: _____</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Я получил(а) брошюру «Жизнь с сердечнососудистой недостаточностью». <input type="checkbox"/> Я ежедневно слежу за своими показателями и самочувствием (зелёный - жёлтый - красный). <input type="checkbox"/> Я знаю, когда и кому нужно звонить. <input type="checkbox"/> У меня дома есть весы. <input type="checkbox"/> У меня дома есть аппарат для измерения давления. <input type="checkbox"/> Я знаю, почему и как мне нужно принимать мои лекарства. <input type="checkbox"/> У меня есть таблетница для моих лекарств. <input type="checkbox"/> Я в состоянии оплачивать свои лекарства. <input type="checkbox"/> Дома мне оказывают поддержку. <input type="checkbox"/> Я могу приезжать к врачу на приём. <input type="checkbox"/> У меня назначен приём к врачу через 7 дней после выписки из больницы. <input type="checkbox"/> Я могу записаться на консультацию к диетологу после выписки из больницы. Я могу попросить моего врача дать мне направление или позвонить по телефону 206-598-6004.
<p>Вес</p> <p>Целевой вес: _____ кг/фунтов</p> <p>Дата: _____</p> <p>_____ кг/фунтов</p> 		 
<p>Анализы</p> <p>Креатинин: _____</p> <p>Калий: _____</p> <p>INR: _____</p>		
<p>Жизненные показатели</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ограничение приёма жидкости: _____</p> <p>_____</p> <p>Ограничение потребления соли: _____ мг</p>	<p style="text-align: center;">Мои вопросы к команде</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	



My Goals for Discharge from the Hospital

Goal discharge date: _____ Doctor I will see when I go home: _____

My Health Today	Today's Goals	Discharge Checklist
<p> <input type="radio"/> Green <input type="radio"/> Yellow <input type="radio"/> Red    </p>	<p>Date: _____</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> I have the "Living with Heart Failure" handout. <input type="checkbox"/> I am tracking my numbers and how I feel (green-yellow-red) daily. <input type="checkbox"/> I know when and who to call.
<p>Weight</p> <p>Goal weight: _____ kg/lbs</p> <p>Date: _____</p> <p>_____ kg/lbs</p>  <p>Labs</p> <p>Creatinine: _____</p> <p>Potassium: _____</p> <p>INR: _____</p>		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> I have a scale at home. <input type="checkbox"/> I have a blood pressure cuff at home. <input type="checkbox"/> I know why and how to take my medicines. <input type="checkbox"/> I have a mediset. <input type="checkbox"/> I can pay for my medicines. <input type="checkbox"/> I have support at home. <input type="checkbox"/> I can get to my health care appointments. 
<p>Vital Signs</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Fluid Restriction: _____</p> <p>Sodium Restriction: _____ mg</p>	<p>My Questions for the Team</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> I have a follow-up appointment within 7 days of discharge. <input type="checkbox"/> I can have nutrition counseling after discharge. I can ask my doctor for a referral, or I can call 206-598-6004.  

Patient Education
Regional Heart Center

Living with Heart Failure
After you leave the hospital

OK If I can do my normal activities without a problem:
 No dizziness or fainting
 Weight is stable
 No new swelling
 Normal appetite

Warning If any symptoms are getting worse:
 Cough or phlegm is a lot or spreads in 2 days
 New or increased swelling in my legs or ankles
 Harder time breathing, new cough, or I need more pillows to breathe while sleeping
 Nausea that will not go away, or I cannot eat
 Fatigue that is getting worse
 Increased heart rate (palpitations)

Emergency! If any symptoms are very bad or get worse quickly:
 Chest pain that does not go away
 Severe dizzy spells or have fainted
 Severe or sudden decrease of breath
 New confusion or I cannot think clearly

I need to call my health care provider
 I need to call 9-1-1 right away

Questions?
 Regional Heart Center
 206-598-6000
 Community Care Line: 206-744-2300

LW Medicine
UNIVERSITY OF WASHINGTON MEDICAL CENTER