



أهدافي لمغادرة المستشفى



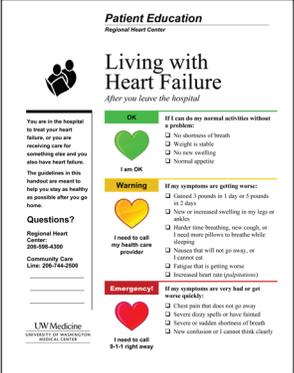
تاريخ المغادرة المنشود: _____ اسم الطبيب الذي يتوجب علي الذهاب إليه بعد الرجوع إلى المنزل: _____

قائمة مرجعية لمغادرة المستشفى	الأهداف المنشودة لهذا اليوم	صحتي اليوم
	<p>خيراتل: _____</p>	<p>أخضر <input type="radio"/> أصفر <input type="radio"/> أحمر <input type="radio"/></p> 
	<p>استلمت نشرة "العيش مع قصور (فشل) القلب". <input type="checkbox"/></p> <p>أنتتبع كل يوم أرقامتي وكيف أشعر صحياً (أخضر - أصفر - أحمر). <input type="checkbox"/></p> <p>أعرف متى يتوجب علي الاتصال وبمن علي الاتصال به. <input type="checkbox"/></p> <p>لدي ميزان في المنزل. <input type="checkbox"/></p> <p>لدي جهاز قياس ضغط الدم مجهز بكم مطاطي في المنزل. <input type="checkbox"/></p> <p>أعرف لماذا يتوجب علي أن أتناول أدويتي وكيفية تناولها. <input type="checkbox"/></p> <p>لدي علبة تنظيم تناول حبوب الأدوية. <input type="checkbox"/></p> <p>أنا قادر أن أدفع تكاليف أدويتي. <input type="checkbox"/></p> <p>لدي أحد قادر على مسانديتي في المنزل. <input type="checkbox"/></p> <p>أنا قادر على الذهاب إلى مواعيد رعايتي الصحية. <input type="checkbox"/></p>	<p>الوزن الوزن المنشود: _____ كغم / باوند (رطل) _____ التاريخ: _____ (لطر) دنواب / م غك _____</p> <p>نتائج الفحوص المخبرية كرياتينين (Creatinine): _____ بوتاسيوم: _____ المعدل الدولي الطبيعي (RNI) [لفحوصات تخثر الدم]: _____</p>
	<p>لدي موعد متابعة في غضون 7 أيام بعد مغادرة المستشفى. <input type="checkbox"/></p> <p>يمكنني الحصول على خدمات الإرشاد التغذوي بعد مغادرة المستشفى. يمكنني أن أطلب إحالة بهذا الشأن من طبيبي أو يمكنني الاتصال بالرقم 206-598-6004. <input type="checkbox"/></p>	<p>العلامات الحياتية _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>الأسئلة التي أود توجيهها إلى الفريق</p>	<p>تقييد استهلاك السوائل: _____ تقييد كمية استهلاك الصوديوم: _____ مغم</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. <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. <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.
<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>	<p>My Questions for the Team</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	   
<p>Vital Signs</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Fluid Restriction: _____</p> <p>Sodium Restriction: _____ mg</p>		