**مقدمي الرعاية**

الرقم التسلسلي

تاريخ تعبئة الاستمارة

**أولاً : معلومات المريض/ة**

1- أسم المريض/ة الثلاثي ؟

2- العمر ؟ اقل من 40 /50/60/70/80/90/100/أكثر من 100

3- الجنس ؟ ذكر / انثى

4- الحالة الاجتماعية ؟ أعزب / متزوج / مطلق / أرمل

5- عدد الأبناء ؟

6- الجنسية ؟

7- المستوى التعليمي ؟ أمي / ابتدائي / متوسط / ثانوي / جامعي / تعليم عالي

8- وظيفة المريض/ة السابقة ؟

9- المدينة السكنية سابقاً ؟

10- المدينة السكنية حالياً ؟

11- عنوان السكن ؟

12- نوع السكن ؟

فيلا ملك / فيلا إيجار/ شقة ملك / شقة إيجار / دور أرضي ملك/ دور أرضي إيجار / دور علوي ملك/ دور علوي إيجار

13- هل تم تشخيص المريض/ة ؟ (في حال الإجابة بنعم )

\* منذ متى تم تشخيص المريض/ة ؟

أقل من سنة / سنة- ثلاث سنوات / أربع سنوات- ست سنوات /سبع سنوات- تسع سنوات / عشر سنوات أو أكثر

\* اسم المستشفى ؟

\* اسم الطبيب المشخص للحالة ؟

\* مرحلة المرض ؟ مرحلة مبتدئة ، مرحلة متوسطة ، مرحلة متأخرة

14- هل يعاني المريض من أمراض أخرى ؟

سكر / ضغط/ كولسترول / جلطات/ أمراض قلب / أورام / إصابات بالرأس / لا يوجد /أخرى

15- هل المريض/ة مسجل بالضمان الاجتماعي ؟

16 - هل توجد ممرضة لدى المريض ؟

17- هل يوجد تأمين للمريض ؟

18- هل يحتاج المريض لأي من الأجهزة التالية ؟

كرسي متحرك / كرسي دورة مياه / سرير كهربائي / جهاز تنفس / أخرى

19- هل المريض/ة مسجل بالضمان الاجتماعي ؟

20- صورة من الضمان الاجتماعي

21- صورة من التقرير الطبي (اختياري)

22- صورة من بطاقة الأحوال (اختياري )

**ثانياً : معلومات مقدم /ة الرعاية**

عضو سابق/

1- أسم مقدم/ة الرعاية الثلاثي ؟

2- العمر ؟ اقل من20/20/30/40/50/60/70/أكثر من 70

3- الجنس ؟ ذكر / انثى

4- الحالة الاجتماعية ؟ أعزب / متزوج / مطلق / أرمل

5- صلة القرابة ؟ ابن/ بنت – أخ/أخت – زوج/زوجة – آخرى

6- رقم التواصل (جوال)/اخر ؟

7- رقم التواصل (هاتف)/ ؟

8- البريد الكتروني

9- المستوى التعليمي ؟ أمي / ابتدائي / متوسط / ثانوي / جامعي / تعليم عالي

10- الحالة الوظيفية ؟

لا يعمل / موظف قطاع خاص / موظف قطاع حكومي / أعمال حرة / أخرى

11- دخل الأسرة الشهري ؟

أكثر 10,000 / 10,000 أقل

12- هل يقيم مقدم الرعاية مع المريض/ة ؟

**ثالثاُ : معلومات عن الجمعية وخدماتها :**

1- كيف عرفت عن الجمعية ؟

2- منذ متى وأنت على تواصل مع الجمعية ؟

اقل من سنة / سنة / سنتين / ثلاث سنوات / أربع سنوات / خمس سنوات / أكثر

3- في حال تم اطلاعك على مجالات التوعية الآتية (قيمها)

\*يوضع خمس نجمات أمام كل فقرة لتقييم \*

* البروشورات
* الكتيبات
* المحاضرات
* الحملات التوعوية
* المؤتمرات
* الاستشارات الهاتفية مع إدارة التثقيف الصحي لدى الجمعية
* وسائل التواصل الاجتماعي
* الموقع الالكتروني

4- في حال تم الاطلاع على برامج المساندة الاجتماعية والنفسية الآتية (قيمها)

\*يوضع خمس نجمات أمام كل فقرة لتقييم \*

* مجموعات الدعم الذاتي
* ورش العمل
* استشارات مقدمي الرعاية
* جلسات الدعم النفسي

5- في حال تم الاطلاع على برامج الإرشاد والتوجيه الآتية (قيمها)

\*يوضع خمس نجمات أمام كل فقرة لتقييم \*

* قائمة الأطباء والمختصين في مجال ألزهايمر
* رابطة ألزهايمر

6- في حال تم اطلاعك على الخدمات القانونية الآتية (قيمها)

\*يوضع خمس نجمات أمام كل فقرة لتقييم \*

* كتيب الإرشادات القانونية
* الاستشارات القانونية

7-في حال تم الاطلاع على برامج الإعانة والدعم الآتية (قيمها)

\*يوضع خمس نجمات أمام كل فقرة لتقييم \*

* دعم مادي /

1- دفع إيجار

2- استقدام عاملة

3- استقدام ممرضة

* دعم عيني /

1. أدوية
2. مستلزمات صحية
3. أجهزة طبية
4. أجهزة منزلية

8- في حال تم الاطلاع على الخدمات المباشرة للمرضى الآتية (قيمها)

\*يوضع خمس نجمات أمام كل فقرة لتقييم \*

* لنتم دينهم
* وجبات على عجلات
* فريق الطوارئ
* مشروع رفقة التكاملي
* مواصلات نقل المرضى
* بطاقة تيسير
* برنامج صلة
* برنامج مواساة
* كسوة الشتاء
* أطباء زائرون
* العيادات المتنقلة
* التدريب الإلكتروني
* ورش يوم الأربعاء

9/ هل ترغب بالتعاون وتقديم العون للمجتمع بالتعاون مع الجمعية ؟ نعم / لا

إذا كانت الإجابة نعم فيمكنك المساعدة عن طريق

* الظهور الإعلامي كمقدم رعاية
* الظهور الإعلامي كمقدم رعاية بمرافقة المريض
* الحديث عن تجربتك كمقدم رعاية في اللقاءات التوعوية
* الانضمام لفريق الطوارئ
* المشاركة في ورش العمل التدريبية
* تدريب مقدم رعاية آخر
* المساهمة في رفع وعي المجتمع عبر مشاركتك لقصتك كمقدم رعاية من خلال ذكر

:( قصة مؤلمة ، كيفية معرفة إصابة المريض ، ردة فعل وشعور مقدم الرعاية ، حدث محزن )

* دعم الأبحاث لأي حلول مستقبلة تقضي على المرض وتساهم في خلق مستقبل واحد .