

هوالشافی

بیمارستان ۲۲ بهمن

فرم آموزش به بیمار و خانواده در زمان ترخیص (آنفلوانزا)

شماره پرونده : Unit No:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date Of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date Of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

آموزش‌های زمان ترخیص			عنوان آموزشی
نحوه مصرف دارو	میزان زمان مصرف	نام دارو	داروها
قبل غذا <input type="checkbox"/> بعد غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با اب زیاد <input type="checkbox"/>			
قبل غذا <input type="checkbox"/> بعد غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با اب زیاد <input type="checkbox"/>			
قبل غذا <input type="checkbox"/> بعد غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با اب زیاد <input type="checkbox"/>			
قبل غذا <input type="checkbox"/> بعد غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با اب زیاد <input type="checkbox"/>			
مصرف مایعات فراوان - ویتامین‌ها - مواد معدنی - میوه‌های سرشار از ویتامین ث مثل مرکبات - سوپ سبزیجات			تغذیه
در صورت زخم گلو شستشو و غرغره با سرم نمکی و محلول دهانشویه			مراقبت از زخم محل جراحی و عضو آسیب دیده
مراجعه به پزشک معالج یک هفته پس از ترخیص - در صورت برگشت علائم مانند تب، سرفه، گلودرد به پزشک معالج مراجعه نمایید			پیگیری‌های پس از ترخیص و زمان و مکان مراجعه بعدی
<p>استفاده منظم از داروهای تجویز شده و تکمیل دوره درمانی - برای کاهش تب از استامینوفن استفاده نمایید. عدم مصرف سیگار و غذاهای پر نمک و با ادویه - عدم روبوسی و دست دادن - شستشوی دست‌ها به صورت مرتب - هنگام سرفه از دستمال استفاده شود - رعایت فاصله یک متری از دیگران - در مراحل اولیه بیماری بخصوص استراحت کافی داشته باشید.</p> <p>.....</p> <ul style="list-style-type: none"> جهت پیشگیری از عوارض بعدی، در صورت مشاهده هر یک از علائم (قرمزی، ترشح و درد در محل جراحی، تب، سرفه ضعف عمومی، طولانی شدن زخم محل جراحی، سوزش ادرار، درد عضلانی) در وقت اداری (ساعت ۸ الی ۱۳) با پرستار کنترل عفونت تماس گرفته شود. تلفن تماس: ۰۵۱۳۲۵۹۵۵۱۶ 			فعالیت و سایر موارد آموزشی
امضاء پرستار		امضاء پزشک	

امضاء و اثر انگشت بیمار یا همراه:

تلفن واحد بستری شده بیمار: