

هوالشافی

بیمارستان ۲۲ بهمن

شماره پرونده : Unit No:

فرم آموزش به بیمار و خانواده در زمان ترخیص (خونریزی دستگاه گوارش)

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		
نحوه مصرف دارو	میزان زمان مصرف	نام دارو	عنوان آموزشی
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"/>			
رژیم اولسری رژیم غذایی بدون ادویه، عدم مصرف غذای آمیخته با نمک، خیار شور، ترش‌بها ، عدم استفاده از غذاهای سرخ شده، مصرف آب تصفیه شده یا جوشیده سرد شده ،استفاده از میوه‌ها و سبزیجات پخته شده به مقدار کافی			تغذیه
			مراقبت از زخم محل جراحی و عضو آسیب دیده
دو تا سه روز بعد ترخیص و در صورت مشاهده تهوع ، استفراغ ، مدفوع خونی ، کاهش فشارخون ، پوست سرد و مرطوب به پزشک معالج مراجعه نمائید			پیگیری‌های پس از ترخیص و زمان و مکان مراجعه بعدی
استفاده منظم از داروهای تجویز شده پس از ترخیص تا اتمام دوره درمانی. دوری از موقعیتهای استرس زا و محیط های شلوغ، عدم مصرف سیگار و غذا خوردن تند و با عجله ، مدفوع از نظر رنگ سیاه و قیری(ملنا) و نیز دفع اسهال بررسی شود ، خواب و استراحت کافی داشته باشید • 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: