

شماره پرونده : Unit No:

هوالشافی

بیمارستان ۲۲ بهمن

فرم آموزش به بیمار و خانواده در زمان ترخیص (شکستگی ها)

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

| آموزش های 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"/> | | | |
| رژیم معمولی - لبنیات بیشتر مصرف گردد. رژیم غنی از کلسیم، پروتئین و ویتامین C مانند شیر، ماست، پنیر، گوشت و مواد غذایی حاوی فیبر مانند سبزیجات و میوه ها و حبوبات و آب برای جلوگیری از یبوست توصیه می شود. | | | تغذیه |
| پانسمان روزانه به صورت استریل تعویض گردد ۷-۵ روز بعد می توانید استحمام کنید و دوش بگیرید در صورت ترشح، درد و تورم به پزشک اطلاع دهید. کشیدن بخیه ها..... | | | مراقبت از زخم محل جراحی و عضو آسیب دیده |
| مراجعه به مطب یا درمانگاه جهت ویزت مجدد..... داروهای آنتی بیوتیک را طبق دستور پزشک کامل مصرف کنید. | | | پیگیری های پس از ترخیص و زمان و مکان مراجعه بعدی |
| از انجام فعالیت سنگین توسط عضو آسیب دیده خودداری کنید توصیه های فیزیوتراپ را رعایت و به طور منظم و صحیح انجام دهید • 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: