



بیمارستان ۲۲ بهمن
 فرم آموزشهای ارائه شده به بیمار در زمان ترخیص (کیسه صفر)

		شماره پرونده					
نام خانوادگی		نام					
بخش		تاریخ تولد					
پزشک معالج		نام پدر					
اتاق							
تاریخ پذیرش		تخت					
آموزش های زمان ترخیص توسط پرستار							
امضا پزشک	امضا پرستار	نحوه صحیح مصرف دارو	میزان و مدت زمان مصرف			نام	آموزش دارو
			صبح	ظهر	شب		
		<input type="checkbox"/> قبل از غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد					
		<input type="checkbox"/> قبل از غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد					
		<input type="checkbox"/> قبل از غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد					
		<input type="checkbox"/> قبل از غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد					
			رژیم				تغذیه
			مراقبت از محل عمل				مراقبت در منزل
			روز بعد از ترخیص به پزشک خود مراجعه کند				پس از ترخیص
			دست راست خود را حرکت دهد. راه برود و هر روز حمام برود.				سایر موارد آموزشی
							سابقه دارویی

امضا و اثر انگشت بیمار و یا همراه

تلفن واحد بستری شده بیمار: