

هوالمشافی

بیمارستان ۲۲ بهمن

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

Unit No: شماره پرونده :

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:

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 آب زیاد <input type="checkbox"/>			
قبل غذا <input type="checkbox"/> بعد غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/>			
قبل غذا <input type="checkbox"/> بعد غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/>			
قبل غذا <input type="checkbox"/> بعد غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/>			
رژیم معمولی. در صورت بی حسی از کمر می باشد ، مایعات فراوان و نوشیدن قهوه و نسکافه توصیه می شود .			تغذیه
رعایت بهداشت بدن ، از حرارت ملایم سشوار برای محل بخیه ها استفاده نمایند ، پانسمان روز سوم هنگام خیس خوردن برداشته شود و استحمام انجام شود و پانسمان مجدد لازم نیست .محل بخیه از نظر وجود قرمزی، ورم، ترشح کنترل شود. در رابطه با پانسمان ضدآب نیز به همین شکل است. تعویض پانسمان..... کشیدن بخیه ها.....			مراقبت از زخم محل جراحی و عضو آسیب دیده
مراجعه ۱۰ روز بعد به مطب پزشک جهت کنترل بخیه ها مراجعه نمایید ، در صورت تورم یک طرفه ساق پا- تب بالا ، قرمزی و ترشح زخم محل عمل به پزشک مراجعه کنید			پیگیری‌های پس از ترخیص و زمان و مکان مراجعه بعدی
از برداشتن اجسام سنگین خودداری کنید			فعالیت و سایر موارد آموزشی
<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 			
امضاء پزشک		امضاء پرستار	

امضاء و اثر انگشت بیمار یا همراه

تلفن واحد بستری شده بیمار: