

هوالشافی

شماره پرونده : Unit No:

بیمارستان ۲۲ بهمن

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

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 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"/>			
استفاده از مواد غذایی با فیبر بالا (مصرف میوه، سبزیجات) مصرف روغن زیتون همراه سالاد تا مانع یبوست شود - استفاده از مرکبات که حاوی ویتامین ث است و ترمیم زخم سریعتر انجام می‌شود			تغذیه
شستشوی زخم با آب و بتادین که می‌تواند مخلوط شده و شستشو انجام شود یا بتادین در سرم شستشو ریخته (۱۰ سی‌سی در یک لیتر) و بعد از هر بار دستشویی شستشو انجام شود سپس خشک کردن محل زخم با دستمال تمیز، حتی با ششوار سرد محل زخم کاملاً خشک نگه داشته شود - از نشستن مستقیم روی محل عمل خودداری شود. در صورت قرمزی، تورم یا هرگونه ترشحات از محل بخیه‌ها یا تب به پزشک معالج مراجعه شود.			مراقبت از زخم محل جراحی و عضو آسیب دیده
استفاده از مسکن و آنتی‌بیوتیکها تا اتمام کامل دارو - مراجعه به پزشک معالج ۱۰ روز بعد از عمل جهت رویت محل عمل			پیگیری‌های پس از ترخیص و زمان و مکان مراجعه بعدی
استفاده از توالت فرنگی - عدم مقاربت تا ۲ ماه پس از عمل - از بلند کردن اجسام سنگین تا ۲ ماه خودداری شود. • 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: