



فرم آموزش به بیمار و خانواده در زمان ترخیص

(توسط پزشک و پرستار)

شماره پرونده: _____ Unit No: _____

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:		

تشخیص نهایی: تاریخ ترخیص: تلفن بخش: ۰۵۱-۳۲۵۷۶۴۱۱ کدرهگیری دارو و آزمایشات نسخه شده:
 وضعیت بیمار هنگام ترخیص: بهبودی بهبودی نسبی ترخیص با میل شخصی پیگیری غیره

مددجوی گرامی: لطفا مطالب این فرم را به دقت مطالعه نمایید و تهیه داروهای نسخه شده و یا انجام آزمایشات درخواستی را فراموش نکنید.

نام دارو	میزان مصرف در روز	زمان مصرف (ساعت)	نحوه صحیح مصرف دارو	آموزش دارو
			ناشتا <input type="checkbox"/> قبل از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/>	
			ناشتا <input type="checkbox"/> قبل از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/>	
			ناشتا <input type="checkbox"/> قبل از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/>	
			ناشتا <input type="checkbox"/> قبل از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/>	
			ناشتا <input type="checkbox"/> قبل از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/>	
			ناشتا <input type="checkbox"/> قبل از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/>	
			ناشتا <input type="checkbox"/> قبل از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/>	
			ناشتا <input type="checkbox"/> قبل از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/>	
			ناشتا <input type="checkbox"/> قبل از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/>	
رژیم غذایی بعد از ترخیص: مواد غذایی پر پروتئین مانند گوشت، لبنیات، ماهی و حاوی ویتامین مانند سبزیجات، انبه، زردآلو، هویج مصرف نمایید. مصرف سبزیجات حاوی نشاسته (مانند سیب زمینی، چغندر، هویج و گلابی) باعث رقیق شدن ترشحات مسیر هوایی شده و به خروج آنها کمک می نماید. مایعات فراوان مصرف شود. محدودیت غذایی: در صورتیکه سابقه تورم اندام دارید، محدودیت مصرف مایعات داشته باشید سایر:				تغذیه
فعالیت شدید نداشته باشد اما فعالیت نرم مفید است سایر:				فعالیت و استراحت
حمام کوتاه مدت باشد و با آب خیلی داغ یا خیلی سرد استحمام نشود. محیط حمام بخار زیاد نداشته باشد				استحمام
.....				مراقبت از زخم، محل جراحی و عضو آسیب

علائم خطر	در صورت افزایش مشکلات تنفسی، تب و افزایش دفع خلط و تشدید تنگی نفس حتماً به پزشک معالج خود مراجعه نمایید سایر:
پیگیری های پس از ترخیص	زمان و مکان مراجعه به پزشک: در صورت نیاز به دریافت اطلاعات نوبت دهی کلینیک تخصصی با تلفن ۰۵۱۳۲۵۹۵۵۱۶ تماس حاصل فرمائید. لازم به ذکر است دریافت نوبت از کلینیک های تخصصی به صورت حضوری، در همان روز حضور پزشک مربوطه، قبل از ساعت ۷ صبح می باشد.
سایر موارد آموزشی	ر صورت بهبود علائم، جهت جلوگیری از عود حمله مصر اسپری مورد نیاز می باشد. طول مدتی که اسپری دارای دارو است ۲۰ تا ۲۵ روز می باشد. توصیه می شود قبل از اتمام دارو، جهت تهیه اسپری اقدام نمایید. بعد از استفاده از اسپری دهان خود را با آب سرد بشویید. روش صحیح استفاده از اسپری را بیاموزید. از استعمال دخانیات و قرار گرفتن در معرض موقعیت های استرس زا، هوای سرد و محیط های شلوغ و آلوده اجتناب شود. وزن خود را کنترل نمایید
<p style="text-align: right;">مددجوی گرامی:</p> <p>پس از مطالعه مطالب این فرم، هر گونه سوال یا ابهام احتمالی را یادداشت نموده و تا قبل از خروج از بیمارستان از پرستار خود سوال نمایید.</p> <p style="text-align: right;">۱- ۲- ۳-</p> <p>*در صورتیکه در طی بستری برای شما آزمایش آسیب شناسی ارسال شده باشد، در برگه خلاصه پرونده شما، کد جواب دهی و شناسه پیگیری برای آزمایشات آسیب شناسی نوشته شده است، با مراجعه به سامانه جواب دهی آنلاین به آدرس: http://217.219.80.162:8070 جواب آزمایش خود را دریافت و به پزشک مراجعه نمایید. در صورت نیاز جهت دریافت جواب آزمایش، می توانید به صورت حضوری به آزمایشگاه آسیب شناسی و یا بخشی که در آن بستری بوده اید مراجعه نمایید.</p>	
<p>*جهت دسترسی به مطالب آموزشی مربوط به بیماری خود با اسکن بارکد وارد سایت آموزش به بیمار بیمارستان ۲۲ بهمن میشوید. https://۲۲bahman-hospital.com/amouzeshbimar/ : بهمن ۲۲ بیمار بیمارستان ۲۲ بهمن</p> <p>*در صورت وجود هرگونه سوال در زمینه بیماری خود می توانید همه روزه (به جز روزهای تعطیل) از ساعت ۷:۳۰ تا ۱۳ با کلینیک های پرستاری آموزش سلامت تماس بگیرید. تلفن کلینیک پرستاری: ۰۵۱۳۲۵۹۵۵۱۶- داخلی ۳۰۹ در صورت نیاز به سوال خارج از ساعت ذکر شده با بخش بستری خود تماس بگیرید.</p>	
امضاء / اثر انگشت بیمار یا همراهی	<p style="display: flex; justify-content: space-around;"> مهر و امضاء پرستار مهر و امضاء پزشک </p>

