



## 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: ..... کدرگیری 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
<b>آموزش دارو</b>				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"/>
				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"/>
<b>تذیبه</b>	رژیم غذایی بعد از ترخیص: رژیم غذایی پر پروتئین (حاوی ماهی، مرغ، تخم مرغ) باشد. وعده های غذایی را در حجم کم و در دفعات بیشتر مصرف نمایید. محدودیت های غذایی: از مصرف نوشیدنی هایی مانند قهوه، چای پررنگ، نوشابه، الکل و استعمال دخانیات پرهیز نمایید سایر: .....			
<b>فعالیت و استراحت</b>	فعالیت های روزانه به آرامی انجام می شود و بین فعالیتها حتما استراحت کنید. تمرینات تنفسی به مدت ۵ ثانیه هوا به داخل ریه ها کشیده شود و ۲ ثانیه هوا را محبوس کنید و سپس به مدت ۵ ثانیه عمل بازدم از طریق دهان (خارج کردن هوا به خارج) را انجام بدهید سایر: .....			
<b>استحمام</b>	حمام کردن به مدت کوتاه با آب ولرم انجام شود			
<b>جراحی و عضو آسیب محل مراقبت از زخم، محل</b>	زمان تعویض پانسمان: زمان کشیدن بخیه: نحوه مراقبت از اتصالات:			

