



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: 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"/> | |
| غذیه | رژیم غذایی بعد از ترخیص: رژیم غذایی کم نمک استفاده نموده و از مصرف مواد غذایی پرچرب، قهوه، چای و خودداری نمایید. محدودیت های غذایی: در صورت پرکاری تیروئید مصرف رژیم غذایی پرکالری و پرکربوهیدرات مانند نان، برنج، سیب زمینی و پریپروتئین مانند گوشت، ماهی، مرغ و تخم مرغ توصیه می گردد سایر: | | | |
| فعالیت و استراحت | در صورت کم کاری تیروئید فعالیت ها به تدریج شروع شود سایر: | | | |
| استحمام | استحمام محدودیتی ندارد. پس از استحمام از مرطوب کننده پوست استفاده شود | | | |
| جراحی و عضو آسیب دیده | زمان تعویض پانسمان: زمان کشیدن بخیه: نحوه مراقبت از اتصالات | | | |

| | |
|--|--|
| علام خطر | <p>در صورت بروز تب و لرز، ورم و قرمزی در محل عمل سریعاً به اورژانس مراجعه نمایید سایر:</p> |
| پیگیری های پس از ترخیص | <p>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 میباشد.</p> |
| سایر موارد آموزشی | <p>در صورت پرکاری تیروئید از قرار گرفتن در محیط های پراسترس و شلوغ خودداری نمایید. در صورت انجام عمل جراحی برای کاهش فشار روی محل عمل، هنگام چرخاندن سر، دست ها پشت گردن قرار داده شود و گردن بیش از اندازه صاف نشود. روزهای اول بعد از عمل تا حد امکان کمتر صحبت کنید و تمرینات تنفسی عمیق انجام دهید</p> |
| <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>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.</p> <p>آدرس سایت آموزش به بیمار بیمارستان ۲۲ بهمن: https://22bahman-hospital.com/amouzeshbimar</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> <p style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> امضاء / اثر انگشت بیمار یا همراهی مهر و امضاء پزشک مهر و امضاء پرستار </p> | |

