



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	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"/>	
			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"/>	
<p>رژیم غذایی بعد از ترخیص: از رژیم غذایی پرکالری و پر پروتئین مانند گوشت، حبوبات، لبنیات و تخم مرغ استفاده کنید. محدودیت های غذایی: جهت بهبود اشتها، غذا را در وعده های زیاد و با حجم کم مصرف نمایید، از خوردن غذاهای نفاخ خودداری نمایید سایر:</p>				تذکره
<p>سایر:</p>				فعالیت و استراحت
<p>۸ ساعت بعد از عمل می توانید استحمام کنید. آب حمام داغ نباشد و از لیف زدن محل عمل خودداری کنید. پس از استحمام محل عمل را با حوله تمیز یا باد سشوار خشک کنید</p>				استحمام
<p>اجازه ندهید کنترل فشارخون، تزریق و گرفتن خون از دست سمت عمل شده خودداری انجام شود. از ضدآفتاب با SPF بیشتر از ۱۵ در برابر نور آفتاب استفاده شود. برای تراشیدن زیر بغل فقط از تیغ الکترونیکی استفاده نمایید. از بلند کردن اشیاء با وزن بیشتر از ۲ تا ۴ کیلوگرم خودداری نمایید. برای کاهش ورم در اندام مبتلا و جهت بهبود گردش خون، بازو را ۳ بار در روز به مدت ۴۵ دقیقه روی بالش قرار دهید. ۴۸ ساعت بعد از عمل پانسمان را برداشته و نیاز به پانسمان مجدد نمی باشد</p>				محل جراحی و عین

