



فرم آموزش به بیمار و خانواده در زمان ترخیص

شماره پرونده: Unit No:

(توسط پزشک و پرستار)

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: ۰۵۱-۳۲۵۷۶۴۱۲ 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 در خواستی را فراموش نکنید.

نحوه صحیح مصرف دارو	زمان مصرف (ساعت)	میزان مصرف در روز	نام دارو	آموزش دارو	
<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					

رژیم غذایی بعد از ترخیص: رژیم کم چرب، پرکربوهیدرات، پرکالری و پروتئین (گوشت، ماهی، تخم مرغ، لبنیات، حبوبات و غلات)، مصرف ویتامین A (هویج، ماهی، تخم مرغ، ویتامین B(سبزیجات و غلات) ویتامین C (مرکبات، توت فرنگی، آناناس)، ویتامین D(ماهی و روغن ماهی)، ویتامین E (ماهی و آجیل و مغز دانه ها)، ویتامین K(کاهو، کلم، اسفناج)، و مواد غذایی سرشار از آهن (جگر، عدس، حبوبات، سبوس، مغزها، سبزیجات و میوه ها توصیه می شود. محدودیت های غذایی: مصرف نمک جهت جلوگیری از ورم محدود شود و از خوردن الکل، چای، قهوه، غذاهای سرخ شده، ادویه جات، گوشت، لبنیات پرچربی، روغن، کیک، شیرینی و شکلات اجتناب شود

سایر:

بر اساس تحمل فعالیت داشته باشید. ورزش های سبک انجام داده و از ایجاد خستگی پرهیز نمایید

سایر:

منعی ندارد فقط به مدت طولانی و در محیط خیلی گرم نباشد

استحمام

مراقبت از زخم، محل جراحی، و عضو آسیب

