



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"/> | |
| رژیم غذایی بعد از ترخیص: رژیم غذایی کم نمک، کم چربی، استفاده از میوه و سبزی دارای ویتامین C، مصرف مرغ و ماهی، روغن های گیاهی، موز، زردآلو، اسفناج، شیر و لبنیات کم چرب توصیه می گردد | | | | تغذیه |
| محدودیت های غذایی: از مصرف غذاهای کنسرو شده، سوسیس و کالباس، تنقلات شور و ترشی، چای، قهوه، کافئین، سیگار و الکل خودداری نمایید سایر: | | | | |
| فعالیت فیزیکی منظم، پیاده روی سریع ۳۰ تا ۴۵ دقیقه در روز طی سه تا پنج بار در هفته توصیه می شود | | | | فعالیت و استراحت |
| سایر: | | | | |
| استحمام محدودیتی ندارد. | | | | استحمام |
| در صورت جراحی، پانسمان محل زخم روز در میان تعویض شود | | | | مراقبت از زخم، محل جراحی و عضو آسیب دیده |

