



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: ۰۵۱-۳۲۵۸۱۱۰۰ 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.

نحوه صحیح مصرف دارو	زمان مصرف (ساعت)	میزان مصرف در روز	نام 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"/>				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"/>					
<p>تغذیه رژیم غذایی بعد از ترخیص: توصیه می گردد وعده های غذایی را در حجم کم و در دفعات بیشتری میل نمایید. محدودیت های غذایی: از مصرف مواد غذایی حاوی قند، انواع کیک، بیسکویت، شیرینی، نوشابه، سیب زمینی، نان سفید، برنج و ماکارانی پرهیز نمایید سایر:</p>					
<p>فعالیت و استراحت در صورت داشتن جفت سرراهی: از انجام فعالیت های سنگین و فعالیت جنسی خودداری نمایید سایر:</p>					
<p>استحمام جهت استحمام منعی ندارد</p>					
<p>مراقبت از زخم، محل جراحی و عضو آسیب</p>					

<p>علائم خطر</p>	<p>در صورت کاهش قندخون به زیر ۷۰ و بروز علائم افت قندخون مانند گیجی، رنگ پریدگی، عرق کردن، عصبی بودن، گرسنگی و ضعف، خستگی، تپش قلب، تهوع، یک ماده غذایی شیرین مصرف نمایید و در صورت عدم بهبود افت قند به اورژانس زنان مراجعه نمایید. در صورت افزایش قندخون به بالای ۱۴۰ و بروز علائم افزایش قندخون مثل ادرار مکرر و افزایش تشنگی، تازی دید، خستگی و سردرد به اورژانس زنان مراجعه نمایید. در صورت وجود خونریزی، آب ریزش، کاهش حرکات جنین، تازی دید، سردرد، افزایش فشارخون، ترشحات بدبو از واژن، درد سر دل، لکه بینی، درد کمر و شکم، درد یا ورم یک طرفه دست یا پا، تب و لرز، سوزش ادراری به اورژانس زنان مراجعه نمایید سایر:</p>
<p>پیگیری های پس از زرخیز</p>	<p>زمان و مکان مراجعه به پزشک: طبق دستور پزشک در برگ خلاصه پرونده جهت کنترل دوران بارداری به درمانگاه مامایی مراجعه نمایید 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>
<p>سایر موارد آموزشی</p>	<p>آموزش کنترل حرکات جنین: برای کنترل حرکات جنین یک خوراکی شیرین مصرف نموده، به پهلوئی چپ دراز بکشید و حرکات جنین را در نیم ساعت کنترل نموده، در صورت داشتن کمتر از ۲ حرکت در نیم ساعت به درمانگاه اورژانس مراجعه نمایید</p>
<p>مددجوی گرامی: 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، <u>کد جواب دهی و شناسه پیگیری</u> 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. 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>امضاء / اثر انگشت بیمار یا همراهی مهر و امضاء پزشک مهر و امضاء پرستار</p>	