



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.

نحوه صحیح مصرف دارو	زمان مصرف (ساعت)	میزان مصرف در روز	نام 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				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: شما می توانید بعد از اتمام کلونوسکوپی و هوشیاری کامل رژیم معمولی را شروع کنید. در صورتی که رژیم معمولی را تحمل نمی کنید، مایعات و غذاهای آبکی مصرف کنید. محدودیت های غذایی: از مصرف غذاهای دیر هضم خودداری کنید سایر:				تغذیه	
بعد از برداشتن پولیپ تا یک هفته از برداشتن اجسام سنگین و دویدن خودداری کنید. سایر:				فعالیت و استراحت	
استحمام محدودیتی ندارد				استحمام	
خونریزی بعد از خارج کردن پولیپ ممکن است وجود داشته باشد				مراقبت از زخم، محل جراحی و	

