



بیمارستان غیره ۲۲ بهمن

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.

نام دارو	میزان مصرف در روز	زمان مصرف (ساعت)	نحوه صحیح مصرف 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"/>

مصرف نمک را محدود کنید. از مصرف غذاهای کنسرو شده خودداری کنید. مواد غذایی حاوی قند بالا را محدود نمایند. رژیم غذایی بیماران دیابتی را رعایت کنید.

سایر:

استحمام

اگر دارای کاتتر ورید مرکزی میباشید ، مراقب باشید کاتتر شما کشیده نشود و محل خروجی کاتتر از پوست همیشه خشک و تمیز باشد، روزانه استحمام کنید و در مدت استحمام مراقب باشید کاتتر خارج نشود ، غوطه ور شدن در استخر و وان آب ممنوع است . از تماس با افراد مبتلا به آنفلونزا و سرما خوردگی پرهیز کنید و چنانچه مبتلا به سرما خوردگی شدید از ماسک استفاده کنید ، هرگونه ترشح غیر طبیعی و خون آبه ای را گزارش کنید چنانچه فیستول شریانی وریدی برای شما تعبیه شده است موارد زیر را با دقت رعایت کنید. محل فیستول از لحاظ قرمزی ، تورم و خونریزی کنترل کنید ، صدای ویز را بر روی فیستول خود بررسی کنید و در صورت تغییر اطلاع دهید . با دست فیستول دار اشیاء سنگین بر ندارید . از دست فیستول دار فشارخون اندازه گیری نشود و تزریق انجام نشود و روی دست فیستول دار نخوابید

چنانچه تا کنون دسترسی عروقی دائمی ندارید بلافاصله پس از ترخیص ، با نامه پزشک معالج ، جهت انجام عمل فیستول گذاری به متخصص عروقی مراجعه کنید .

اقدام جهت تبدیل بیمه خود به بیمه خاص در صورت نیاز مسئول بخش دیالیز شمارا جهت واکسیناسیون معرفی خواهد کرد.

در صورت نیاز به دریافت اطلاعات نوبت دهی کلینیک تخصصی با تلفن ۰۵۱۴۱۴۴۳ 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 7 صبح میباشد.

در زمان درد عضلانی داشتن استراحت کوتاه بین انجام فعالیت ها کمک کننده است. در صورت ضعف عضلانی هنگام حرکت از یک وسیله کمکی استفاده کنید و به دلیل احساس خستگی مفرط از ورزش سخت خودداری کنید. دخانیات مصرف نکنید، وزن خود را کاهش دهید و حجم ادرار روزانه خود را کنترل کنید. جهت پیشگیری از بیوست تحرک کافی داشته باشید و رژیم غذایی مناسب و دارای فیبر کافی استفاده کنید (از مصرف سبزیجات حاوی پتاسیم بالا خودداری کنید) در صورت بروز هرگونه مشکل و یا سوال با شماره تلفن ۳۵۰۷۲۲۹۱ تماس بگیرید. (در بسته آموزشی که از بخش دیالیز دریافت نمودید مواد غذایی بطور کامل معرفی شده است) به علت مصرف کورتون تغییر رنگ مدفوع به دلیل احتمال خونریزی گوارشی را اطلاع دهید. داروهای خود را همراه غذا میل کنید. از قرار گرفتن در معرض آفتاب شدید خودداری کنید. از قطع ناگهانی دارو خودداری کنید. در صورت بروز تب و لرز و سرفه و تنگی نفس و زخم پوستی اطلاع دهید.

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.

-1-

-2-

-3-

*در صورتیکه در طی بستری برای شما آزمایش آسیب شناسی ارسال شده باشد، در برگه خلاصه پرونده شما، کد جواب دهی و شناسه پیگیری 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.

*جهت دسترسی به مطالب آموزشی مربوط به بیماری خود با اسکن بارکد وارد سایت آموزش به بیمار بیمارستان 22 بهمن میشوید.

آدرس سایت آموزش به بیمار بیمارستان ۲۲ بهمن : <https://22bahman-hospital.com/amouzehbimar/>



*در صورت وجود هرگونه سوال در زمینه بیماری خود می توانید همه روزه (به جز روزهای تعطیل) از ساعت 7:30 تا 13 با کلینیک های پرستاری آموزش سلامت تماس بگیرید. تلفن کلینیک پرستاری: ۰۵۱۴۱۴۴۳ - داخلی ۱۱۷۷ در صورت نیاز به سوال خارج از ساعت ذکر شده با بخش بستری خود تماس بگیرید.

امضاء / اثر انگشت بیمار یا همراهی

مهر و امضاء پزشک

مهر و امضاء پرستار