

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: ..... کد رهگیری 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"/>

رژیم غذایی بعد از ترخیص: استفاده از گروه های اصلی غذایی شامل نان و غلات، سبزیجات، میوه ها، شیر و فرآورده های آن، گوشت، مغز دانه ها توصیه می گردد. محدودیت های غذایی: از مصرف مواد غذایی نفاخ و یا مواد غذایی که باعث یبوست می شود اجتناب کنید

سایر: .....

از انجام فعالیت سنگین و فعالیت جنسی تا ۴ الی ۶ هفته خودداری نمایید

سایر: .....

جهت استحمام منعی ندارد

در صورتی که زایمان طبیعی شما همراه با بخیه بوده است؛ محل بخیه ها از نظر تورم و ترشح کنترل شده و شستشوی پرینه با نرمال سالین تا ۴ روز پس از زایمان روزی دو بار انجام گیرد. ناحیه پرینه خشک و تمیز نگهداشته شود. بخیه ها قابل جذب هستند و نیازی به کشیدن بخیه نیست

هنگام مشاهده هرگونه علامت غیرطبیعی مانند درد شکمی، تب، خونریزی شدید یا به صورت لخته، ترشح چرکی و بدبو واژینال، تورم یک طرفه ساق پا، تنگی نفس، درد قفسه سینه، تپش قلب و ... به اورژانس زنان مراجعه فرمایید.  
 در صورت بروز علامت غیرطبیعی در نوزاد مانند تنفس خیلی سریع یا قطع تنفس، زردی، بی حالی، بی قراری شدید، سردی بدن، استفراغ مکرر، اتساع شکم و مشکلات تغذیه ای فوراً به نزدیک ترین مرکز درمانی مراجعه فرمایید  
 سایر:

زمان و مکان مراجعه به پزشک:  
 در صورت سوال یا مشکل در زمینه بیماری خود، می توانید همه روزه از ساعت ۸ الی ۱۲ به جز روزهای تعطیل با کلینیک آموزش سلامت بیمارستان به شماره ۰۵۱۴۱۴۴۳ داخلی ۱۱۷ تماس حاصل فرمایید و در صورت مشکلات نوزاد با شماره های مراکز مشاوره شیر مادر تماس حاصل فرمایید.  
 ۷ تا ۱۰ روز بعد از زایمان جهت کنترل به درمانگاه زنان مراجعه نمایید.  
 ۳ تا ۵ روزگی نوزاد جهت تست تیروئید کف پا به مرکز بهداشت مراجعه نمایید.  
 ۴۸ - ۲۴ ساعت بعد از ترخیص جهت کنترل نوزاد به متخصص نوزادان مراجعه نمایید.  
 در صورت توصیه پزشک از جوراب الاستیک و شکم بند طبی استفاده کنید  
 در صورت نیاز به دریافت اطلاعات نوبت دهی کلینیک تخصصی با تلفن ۰۵۱۴۱۴۴۳ تماس حاصل فرمایید. 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.

دقت شود بندناف نوزاد داخل پوشک قرار نگیرد و نیاز به هیچ گونه ضدعفونی و بستن روی بندناف نمی باشد.  
 هنگام خروج از بخش جهت دادن قطره فلج اطفال به نوزاد به ایستگاه پرستاری مراجعه شود.

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/amouzeshbimar>



\* 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 ۱۱۷ 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