

فرم آموزش به بیمار و خانواده در زمان ترخیص



بیمارستان خیریه ۲۲ بهمن

( توسط پزشک و پرستار )

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش	Name: نام:	Family Name: خانوادگی
Date Of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date Of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> زیاد <input type="checkbox"/>

آموزش دارو

رژیم غذایی بعد از ترخیص: توصیه می شود نان سیوس دار مانند سنگک یا نان جو مصرف نموده و از پروتئین و سویا در برنامه غذایی خود بیشتر استفاده نمایید. اگر نارسایی قلبی و کلیوی ندارید در طول روز حداقل ۸ لیوان آب بنوشید. مصرف نان، برنج و سیب زمینی محدود شود و بهتر است به صورت ترکیب با حبوبات و سبزیجات مصرف شود. محدودیت های غذایی: از مصرف نمک، غلات، غذاهای چرب، سوسیس، کالباس، غذاهای سرخ کردنی، لبنیات پرچرب، گوشت قرمز چرب، غذاهای کنسرو شده، کره، نوشابه، شربت، مربا، عسل، شکلات، کیک و کلوچه، خامه و آیموه خودداری نمایید. در هفته بیش از دو عدد زرده تخم مرغ مصرف نکنید

سایر: .....

تذکره

پسته به شرایط بالینی بیمار از پزشک مربوطه سوال شود

سایر: .....

فعالیت و

در صورت عدم وجود زخم دیابتی استحمام منعی ندارد، در صورت وجود زخم از پزشک معالج کسب تکلیف شود

استحمام

از پوشیدن کفش تنگ و نوك باریک خودداری نمایید. روزانه پاها را با آب ولرم و صابون شسته و با حوله تمیز به خصوص لای انگشتان را خشک نمایید. کف پاها و لای انگشتان را از نظر وجود ترک یا زخم بررسی نموده و از پماد مخصوص جهت چرب کردن نواحی خشک به جز لای انگشتان استفاده نمایند. با استفاده از سنگ پای طبی ترک خوردگی و خشکی ها را پاک نمایید

مراقبت از زخم، محل

در صورت استفاده از انسولین یا سایر داروهای قند خون از علائم افت قند خون (ضعف و گرسنگی شدید، لرز، عرق سرد، تپش قلب و...) آگاه باشید  
سایر:

زمان و مکان مراجعه به پزشک:  
معاینات دوره ای چشم را انجام دهید. بهترین ورزش، پیاده روی ۲ بار در روز و هر بار به مدت ۲۰ دقیقه می باشد  
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 7 صبح می باشد.

هنگام خروج از منزل کارت شناسایی پزشکی خود را (روی آن نوشته شود: من مبتلا به دیابت هستم) جهت کمک رسانی در مواقع اورژانسی به همراه داشته باشید. محل تزریق انسولین به صورت چرخشی عوض شود. محل تزریق انسولین به ترتیب اولویت شکم، بازو، ران و باسن می باشد. قسمتی از بدن که در همان روز هنگام ورزش از آن استفاده می شود نباید تزریق انسولین انجام شود زیرا انسولین از این محل ها با سرعت بالاتری جذب خواهد شد. همیشه شکلات یا خوراکی شیرین به همراه داشته باشید و در صورت افت قند خون اگر دستگاه گلوکومتر در دسترس است ابتدا قند اندازه گیری شود و اگر زیر ۱۰۰ بود شکلات یا چیز شیرین میل شود و سپس نان و برنج و ... مصرف نمایید و انسولین کوتاه اثر مصرف نشود و به پزشک مراجعه کنید

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 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