

فرم آموزش به بیمار و خانواده در زمان ترخیص



بیمارستان غیره ۲۲ بهمن

( توسط پزشک و پرستار )

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش	Name: نام:	Family Name: خانوادگی نام:
Date Of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date Of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: پدر نام:
	Bed: تخت:		

تشخیص نهایی: ..... تاریخ ترخیص: ..... تلفن بخش : 051-32514697 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"/>

آموزش دارو

وعده های غذایی را افزایش و حجم آن را کم کنید از قند های ساده مثل قند شکر نوشابه، بستنی و ژله ، عسل ، مربا و... خودداری نمایید و مصرف خرما و کشمش را متعادل کنید و سعی کنید در هر وعده غذایی سه گرده غذایی را مصرف کنید، روزانه میوه و سبزی تازه استفاده کنید و از نان های سبوس دار مصرف کنید.

تذکره

سایر: .....

فعالیت و

استحمام

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 ... ندرید . از دست فیستول دار فشارخون اندازه گیری نشود و تزریق انجام نشود و روی دست فیستول دار نخواهید

مراقبت از خود، محل

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.

سایر موارد آموزشی  
در زمان کاهش قند خون که با علائم تشنج ، عرق سرد تاری دید و ضعف و بی حالی همراه است از شربت قند استفاده کنید. مصرف چربی هارا محدود کنید از موقعیت های استرس زا دوری کنید. جهت پیشگیری از یبوست تحرک کافی داشته باشید و درصد برآمد مشکل یا سوال با شماره ۳۲۵۱۴۶۹۷ تماس بگیرید.

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 پارکد وارد سایت آموزش به بیمار بیمارستان 22 بهمن میشوید.  
آدرس سایت آموزش به بیمار بیمارستان ۲۲ بهمن : <https://22bahman-hospital.com/amouzesbimar/>



\*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