



مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)



## 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: ۰۵۱-۳۱۸۰۲۰۶۳ 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                                                                                                                                                                                              | آموزش 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"/> |                                          |
| <p>رژیم غذایی بعد از ترخیص: مصرف میوه ها، سبزیجات و مواد غذایی حاوی فیبر و غلات را افزایش دهید.</p> <p>محدودیت های غذایی: رژیم غذایی کم چرب باشد و مصرف شیرینی جات را محدود نمایید.</p> <p>سایر: .....</p>                                                                                                                                                                                                                            |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  | تغذیه                                    |
| <p>کاردرومانی و توان بخشی پس از ترخیص از کارهای لازم و ضروری جهت این بیماران است. با توجه به میزان محدودیت ها در انجام هرفعالیت، کاردرومان و فیزیوتراپ تمرینات لازم را برای شما مشخص خواهند کرد.</p> <p>در صورتی که بیمار دچار بی حرکتی شده است با تغییر وضعیت متناوب (هر ۲ ساعت) از بروز زخم پیشگیری شود.</p> <p>در صورتی که زخم فشاری ایجاد شده است جهت درمان با پزشک یا پرستار کارشناس زخم در ارتباط باشید.</p> <p>سایر: .....</p> |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  | فعالیت و استراحت                         |
| <p>محدودیتی در حمام رفتن ندارد.</p> <p>سایر: .....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  | استحمام                                  |
| <p>مراقبت از زخم، محل جراحی و عضو آسیب دیده</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  | مراقبت از زخم، محل جراحی و عضو آسیب دیده |

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>علام خطر</p>               | <p>بیمارانی که آسپیرین مصرف می کنند از نظر خونریزی کنترل شوند. در صورت بروز تب، تغییر رنگ و بوی ادرار و مشکلات تنفسی سریعاً به پزشک مراجعه شود. در صورت بروز علائم وزوز گوش، کاهش شنوایی و سرگیجه به پزشک مراجعه نمایید.</p> <p>سایر: .....</p>                                                                                                                      |
| <p>پیگیری های پس از ترخیص</p> | <p>زمان و مکان مراجعه به پزشک:</p> <p>در صورت نیاز به دریافت اطلاعات نوبت دهی کلینیک تخصصی با تلفن ۰۵۱۳۸۰۲۲۸۲۶ تماس حاصل فرمائید. لازم به ذکر است دریافت نوبت از کلینیک های تخصصی به صورت اینترنتی، از طریق آدرس سایت <a href="http://nobat.mums.ac.ir">http://nobat.mums.ac.ir</a> و یا به صورت حضوری، در همان روز حضور پزشک مربوطه، قبل از ساعت ۷ صبح می باشد.</p> |
| <p>سایر موارد آموزشی</p>      | <p>جهت جلوگیری از عفونت های تنفسی، هنگام غذا خوردن سر تخت را بالا بیاورید و از غذا دادن به بیماری که توانایی بلع غذا را ندارد جلوگیری کنید. به بیمار جهت راه رفتن و جدا شدن از تخت کمک نمایید تا از بروز زخم فشاری پیشگیری شود.</p>                                                                                                                                  |

**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.

۱-  
۲-  
۳-

\*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: [LabResult.mums.ac.ir](http://LabResult.mums.ac.ir) 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.

\*مددجویانی که بیمه تامین اجتماعی دارند، کد ملی خود را جهت دریافت دارو و یا انجام آزمایشات ارائه نمایند. برای سایر بیمه ها مانند بانک ها، نیروهای مسلح و ... نسخه در دفترچه نوشته می شود.

\*جهت دسترسی به مطالب آموزشی مربوط به بیماری خود با اسکن بارکد وارد سایت آموزش به بیمار بیمارستان امام رضا می شوید.

آدرس سایت آموزش به بیمار بیمارستان امام رضا(ع): <https://emamreza.mums.ac.ir/amouzeshbimar/pamphlet>

\*در صورت وجود هر گونه سوال در زمینه بیماری خود می توانید همه روزه (به جز روزهای تعطیل) از ساعت ۷:۳۰ تا ۱۳ با کلینیک های پرستاری آموزش سلامت تماس بگیرید. تلفن کلینیک پرستاری: ۰۵۱۳۸۵۲۵۵۱۵-۰۵۱۳۸۵۸۳۸۵۰

در صورت نیاز به سوال خارج از ساعت ذکر شده با بخش بستری خود تماس بگیرید.

مهر و امضاء پرستار

مهر و امضاء پزشک

امضاء / اثر انگشت بیمار یا همراهی