



مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)



دانشگاه علوم پزشکی مشهد

## 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: ۰۵۱-۳۱۸۰۲۴۲۹ کد رهگیری دارو و آزمایشات نسخه شده: .....

وضعیت بیمار هنگام ترخیص: بهبودی ☐ بهبودی نسبی ☐ ترخیص با میل شخصی ☐ پیگیری ☐ غیره ☐

ممدجوی 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: در صورت داشتن ضایعات دهانی، غذای نرم استفاده شود. کورتون خوراکی با معده پر مصرف شود.</p> <p>محدودیت های غذایی: از مصرف نمک و غذای پرچرب خودداری نمایید. در صورت داشتن ضایعات دهانی از مصرف غذاهای تند و آب مرکبات و نوشابه های کافئین دار و قهوه پرهیز کنید.</p> <p>سایر: .....</p> |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  | تذکره                                      |
| <p>فعالیت محدودیتی ندارد. پیاده روی و فعالیت روزانه به کنترل عارضه کورتون (افزایش قند و فشارخون) و کاهش خطر ایجاد لخته در پاها کمک می کند.</p> <p>سایر: .....</p>                                                                                                                                               |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  | فعالیت و استراحت                           |
| <p>استحمام روزانه داشته باشید، از آب داغ استفاده نکنید و از شوینده های ملایم (شامپو بچه) استفاده نمایید.</p>                                                                                                                                                                                                    |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  | استحمام                                    |
| <p>زخم ها و ضایعات را دستکاری نکنید. در صورت زخم های دهانی از دهان شویه استفاده نمایید.</p> <p>برای کاهش خارش می توانید با آب سرد حمام کنید و یا از کمپرس سرد استفاده نمایید.</p> <p>برای جلوگیری از خشکی لب ها به علت استفاده از دارو، از پماد ویتامین A استفاده نمایید.</p>                                   |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  | مراقبت از زخم، عضو آسیب دیده و محل جراحی و |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>علام خطر</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>در صورت بروز تب بالای ۳۸/۵ درجه، خارش شدید، عفونت زخم، عفونی شدن ضایعات بدن و نیز دردناک شدن زخم های دهان به طوری که مانع غذا خوردن شود به پزشک معالج 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 مراقبت از چشم ها به چشم پزشک مراجعه نمایید. این بیماری واگیر نمی باشد.</p> <p>به علت کاهش سطح ایمنی از تردد در مکان های شلوغ و آلوده و تماس با افراد بیمار و سرماخورده خودداری نمایید.</p> <p>در صورت انجام نوردرمانی از پوشش مناسب و عینک آفتابی برای محافظت از چشم ها استفاده شود.</p>                                                                       |
| <p><b>مددجوی گرامی:</b></p> <p>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.</p> <p>۱-<br/>۲-<br/>۳-</p> <p>*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: <a href="http://LabResult.mums.ac.ir">LabResult.mums.ac.ir</a> 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.</p> <p>*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.</p> <p>*جهت دسترسی به مطالب آموزشی مربوط به بیماری خود با اسکن بارکد وارد سایت آموزش به بیمار بیمارستان امام رضا می شوید.</p> <p>آدرس سایت آموزش به بیمار بیمارستان امام رضا(ع): <a href="https://emamreza.mums.ac.ir/amouzeshbimar/pamphlet">https://emamreza.mums.ac.ir/amouzeshbimar/pamphlet</a></p> <p>*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</p> <p>در صورت نیاز به سوال خارج از ساعت ذکر شده با بخش بستری خود تماس بگیرید.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <p>امضاء / اثر انگشت بیمار یا همراهی</p> <p>مهر و امضاء پزشک</p> <p>مهر و امضاء پرستار</p> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |