



دانشگاه علوم پزشکی مشهد

## فرم آموزش به بیمار و خانواده در زمان ترخیص (توسط پزشک و پرستار)

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)

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 ☐

**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><b>رژیم غذایی بعد از ترخیص:</b> مصرف غذاهای کم کالری، کم چربی، کم نمک، پروتئین و استفاده از سبزیجات و میوه جات تازه توصیه می شود.</p> <p>در صورت وجود ضایعات دهانی غذاهای نرم مصرف شود و از مصرف غذاهای اسیدی و تند تا زمان بهبود ضایعات دهان خودداری شود.</p> <p><b>محدودیت های غذایی:</b> از مصرف غذاهای محرک (ادویه جات، سیر، پیاز، قهوه، کاکائو، شکلات و...) تا حد امکان پرهیز شود.</p> <p>سایر: .....</p> |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  | تغذیه                                    |
| <p>فعالیت محدودیتی ندارد، پیاده روی و فعالیت روزانه به کنترل عوارض کورتون (افزایش قند و فشار خون) و کاهش خطر ایجاد لخته در پاها کمک می کند.</p> <p>سایر: .....</p>                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  |                                          |
| <p>استحمام روزانه انجام شده و بهداشت فردی را رعایت نمایید. در صورت وجود زخم حین استحمام از شوینده های ملایم مانند شامپو بچه، استفاده شود.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  | استحمام                                  |
| <p>در ضایعات دهانی؛ رعایت بهداشت دهان، استفاده مرتب از دهانشویه و مسواک نرم ضروری است.</p> <p>لباس های نخی و گشاد استفاده کنید و از خاراندن و دستکاری ضایعات و زخم ها جلوگیری کنید.</p>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  | مراقبت از زخم، محل جراحی و عضو آسیب دیده |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>علائم خطر</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>در صورت بروز هر یک از علائم (تب بالای ۳۸/۵ درجه، ترشحات ناخوشایند از محل تاول ها و زخم ها، وجود ناحیه دردناک، گرم و قرمز در قسمتی از پوست، مدفوع سیاه رنگ) به یکی از مراکز درمانی مراجعه نموده و یا سریعاً به پزشک خود اطلاع دهید.</p> <p>سایر: .....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p>پیگیری های پس از ترخیص</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>زمان و مکان مراجعه به پزشک:</p> <p>پس از انجام آزمایشات توصیه شده و طبق دستور ثبت شده در برگ خلاصه پرونده به پزشک معالج مراجعه نمایید.</p> <p>مصرف هرگونه دارو طبق دستور پزشک باشد و از مصرف داروهای گیاهی به صورت خودسرانه اجتناب کنید.</p> <p>داروی کورتون خوراکی با معده پر مصرف شود.</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>این بیماری واگیر نمی باشد، جهت کاهش شدت بیماری از هرگونه استرس و فشار روحی دوری کنید.</p> <p>داروها طبق دستور پزشک مصرف شده و از قطع ناگهانی داروها به علت برگشت شدیدتر بیماری خودداری شود.</p> <p>به دلیل ضعف سیستم ایمنی، از قرارگرفتن در محیط های آلوده یا تماس با افراد سرماخورده و عفونی جلوگیری نمایید.</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 برگ 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 هرگونه 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> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |