



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: ۰۵۱۳۱۸۰۲۵۴۹ 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                                                                                                                                                                                              |
|----------|-------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          |                   |                  | 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"/> |

رژیم غذایی بعد از ترخیص: رژیم کم چربی و کم نمک به صورت وعده های کم حجم متعدد توصیه می شود.

محدودیت های غذایی: مصرف الکل را به کلی قطع نمایید.

سایر: .....

|                  |             |
|------------------|-------------|
| فعالیت و استراحت | سایر: ..... |
|------------------|-------------|

|         |  |
|---------|--|
| استحمام |  |
|---------|--|

|                                          |                         |
|------------------------------------------|-------------------------|
| مراقبت از زخم، محل جراحی و عضو آسیب دیده | زمان تعویض بانسمان:     |
|                                          | زمان کشیدن بخیه:        |
|                                          | نحوه مراقبت از اتصالات: |

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>علائم خطر</p>              | <p>در صورت بروز زردی و تب بالاتر از ۳۸ درجه، کاهش وزن مداوم، انقباضات عضلانی یا تشنج حتماً 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>از استعمال سیگار و الکل خودداری نمایید و تحرک کافی و کنترل وزن داشته باشید.</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