



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: ۰۵۱۳۱۸۰۲۶۲۱ 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>حتماً از غذاهای پرفیبر مانند سبزیجات و میوه های تازه استفاده شود. مصرف ویتامین C به بهبود زخم کمک می نماید.</p> <p>جهت کاهش درد محل عمل و سهولت در دفع، از غذاهای ملین و با توجه به وضعیت سلامتی خود از رژیم غذایی مناسب استفاده نمایید.</p> <p>در صورتی که مشکلات کلیوی مزمن ندارید به مقدار زیاد (حداقل ۸ لیوان) مایعات مصرف نمایید.</p> <p>سایر: .....</p> |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  | تغذیه                                    |
| <p>تا حد امکان از دستشویی فرنگی استفاده نمایید. تا یک ماه فعالیت سنگین نداشته باشید. تا یک هفته فعالیت جنسی نداشته باشید.</p> <p>سایر: .....</p>                                                                                                                                                                                                                 |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  | فعالیت و استراحت                         |
| <p>استحمام ۴۸ ساعت پس از جراحی بلامانع است و اگر در پهلوی شما سوند نفروستومی وجود دارد مراقب باشید کشیده نشود.</p>                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  | استحمام                                  |
| <p>در صورتی که پانسمان محل زخم خشک است تا دو روز پانسمان تعویض شود و در صورتی که محل پانسمان خیس است روزی ۲ بار آن را تعویض نمایید.</p>                                                                                                                                                                                                                          |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  | مراقبت از زخم، محل جراحی و عضو آسیب دیده |

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>علام خطر</p>               | <p>در صورت بروز تب پایدار و بالاتر از ۳۸ درجه یا ترشحات چرکی، بدبو یا التهاب و قرمزی شدید محل زخم حتماً به پزشک معالج یا اورژانس بیمارستان مراجعه نمایید. خونی شدن ادرار گذراست، جهت رفع این مشکل، مایعات بیشتری مصرف نمایید.</p> <p>سایر: .....</p>                                                                                                                                                                                       |
| <p>پیگیری های پس از ترخیص</p> | <p>زمان و مکان مراجعه به پزشک:</p> <p>یک هفته تا ۱۰ روز پس از ترخیص به پزشک معالج خود مراجعه نمایید.</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>      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

**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 دفتر چه 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 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

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