

فرم آموزش به بیمار و خانواده در زمان ترخیص

شماره پرونده: Unit No:

کیفوپلاستی

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:		

آموزش های زمان ترخیص توسط پزشک و پرستار

امضاء پزشک و پرستار	نحوه صحیح مصرف دارو	میزان و مدت زمان مصرف			نام دارو	آموزش دارو
		صبح	ظهر	شب		
	قبل از غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/>					
	قبل از غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/>					
	قبل از غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/>					
	قبل از غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/>					

رژیم غذایی سالم و سبک داشته باشید و مایعات کافی بنوشید. در صورت داشتن دیابت یا فشارخون مصرف غذاهای کم نمک و کم چرب توصیه می شود.

زمان کشیدن سوند (در صورت وجود): ندارد	زمان کشیدن درن (در صورت وجود): ندارد
زمان دریافت بیوسی (در صورت وجود): ندارد	زمان کشیدن بخیه (در صورت وجود): یک هفته بعد عمل بعد مراجعه به پزشک
زمان تعویض پانسمان (در صورت وجود): روز درمیان	زمان استحمام: با استفاده از پانسمان ضد آب به حمام بروید تا محل عمل خیس نشود.

زمان مراجعه به پزشک: یک هفته بعد به پزشک مراجعه کنید.
موارد ممنوع: خم شدن، بلند کردن اجسام سنگین یا نشستن طولانی مدت و فعالیت های شدید
موارد توصیه شده: استراحت نسبی داشته باشید. استفاده از کمربند طبی در صورت تجویز پزشک

استفاده از سرویس فرنگی راحت تر و ایمن تر است.
در صورت درد شدید، تورم، تب، ترشح یا کاهش حس و حرکت در اندام ها سریع به پزشک مراجعه کنید (در صورت بروز مشکل با شماره ۳۸۴۲۷۰۱۱ داخلی ۶۰۱ تماس بگیرید)

برای کسب اطلاعات بیشتر کد های زیر را اسکن نمایید.	توسعات
	فشار خون بالا
	دیابت
	توصیه های غذایی مناسب
	بیشگیری از زخم بستر
	کیفوپلاستی

امضاء و اثر انگشت بیمار یا همراه

امضا و مهر پزشک

امضا و مهر پرستار: