



شماره پرونده: Unit No:

مرکز پزشکی آموزشی، پژوهشی و درمانی / مرکز آموزشی، درمانی: .....

### فرم آموزش به بیمار و خانواده در زمان ترخیص

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                            |                            |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------|----------------------------|------------|
| Attending Physician: پزشک معالج:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ward: بخش: | Room: اتاق:                | Family Name: نام خانوادگی: | Name: نام: |
| Date of Admission: تاریخ پذیرش:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Bed: تخت:  | Date of Birth: تاریخ تولد: | Name: نام پدر:             | Father     |
| آموزش های زمان ترخیص توسط پزشک و پرستار ( قطع عضو )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                            |                            |            |
| نحوه صحیح مصرف دارو                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            | میزان و مدت زمان مصرف      | نام دارو                   | آموزش دارو |
| قبل از غذا □ بعد از غذا □ همراه غذا □ ناشتا □ موقع خواب □ با آب زیاد □                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |                            |                            |            |
| قبل از غذا □ بعد از غذا □ همراه غذا □ ناشتا □ موقع خواب □ با آب زیاد □                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |                            |                            |            |
| قبل از غذا □ بعد از غذا □ همراه غذا □ ناشتا □ موقع خواب □ با آب زیاد □                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |                            |                            |            |
| <p>زمان تعویض پانسمان ( در صورت وجود):<br/>         کشیدن سوند ( در صورت وجود):<br/>         زمان دریافت بیوپسی ( در صورت وجود):<br/>         زمان کشیدن بخیه ( در صورت وجود):<br/>         زمان کشیدن درن ( در صورت وجود):<br/>         زمان استحمام:</p> <p>به سطح آمپوتنه استامپ می گویند باید ناحیه استامپ به آرامی جابجا شود. در هنگام تعویض پانسمان ، لازم است اصول استریل به دقت رعایت شوند تا از عفونت زخم و بروز عفونت جلوگیری شود. پانسمان روزانه به صورت استریل در مرکزی تخصصی تعویض گردد . شکل دادن به ناحیه استامپ جهت تعبیه پروتز بسیار با اهمیت می باشد و با بانداژ الاستیک بسته می شود. انتهای عضو قطع شده نبایستی روی بالشت قرار گیرد. محل استامپ را به صورت سفت و محکم بنیدید زیرا گردش خون مختل می شود. بهتر است تا زمان ترمیم زخم زخم مرطوب نگردد. جهت حمام می توان از پانسمان ضد آب یا پوشش پلاستیکی استفاده نمایید. اگر زخم مرطوب شد بلافاصله زخم خشک ضد عفونی و پانسمان گردد.</p> |            |                            |                            |            |
| <p>مقدار کافی پروتئین ( حبوبات ، غلات ، لبنات ، گوشت سفید و ماهی ) و کلسیم ( لبنیات ، شیر ، ماست ) مصرف نمایید. موادی مثل شکر، نمک، الکل، کافئین و گوشت قرمز ، روغن جامد، شیر پرچرب، می تواند موجب ضعف شدن استخوان و کند شدن روند ترمیم شکستگی استخوان شوند. آب به میزان کافی ( 8 لیوان ) در طول روز مصرف نمایید. مرکبات خصوصا ویتامین سی و اناناس را جهت ترمیم سرعت زخم در رژیم غذایی خود قرار دهید.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                            |                            |            |
| <p>کارت ترخیص، نسخه دارویی و خلاصه پرونده را از منشی بخش قبل از ترخیص تحویل بگیرید یک هفته پس از ترخیص جهت ویزیت به درمانگاه مراجعه شود. کارت ترخیص و خلاصه پرونده خود را حفظ و هنگام ویزیت همراه خود داشته باشد. شروع فعالیت مجدد بعد از اولین مراجعه به پزشک مشخص می گردد.</p> <p>در صورت تب کنترل نشده- ترشح عفونی و یا خونریزی از محل امپوتنه- کبودی غیر طبیعی- درد و تورم غیر طبیعی در اندام به پزشک خود مراجعه نمایید.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |                            |                            |            |
| <p>اندام ها را جهت جلوگیری از اتروفی عضلات و لخته شدن خون در عروق در محدوده حرکتی خود حرکت دهید.</p> <p>اگر اندام تحتانی امپوتنه شده است باید در روز 3 بار هر بار 1 ساعت به شکم بخوابید.</p> <p>زمان مراجعه به پزشک:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |                            |                            |            |
| امضاء پزشک:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            | امضاء پرستار:              |                            |            |

امضاء و اثر انگشت بیمار یا همراه:

تلفن واحد بستری شده بیمار:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------|
| <p>اخذ نوبت فقط بصورت اینترنتی:</p> <p><a href="http://nobat.mums.ac.ir/AppointmentSite/">http://nobat.mums.ac.ir/AppointmentSite/</a></p> <p><a href="https://h-kamyab.mums.ac.ir/ward/uc2">https://h-kamyab.mums.ac.ir/ward/uc2</a></p> <p>همراه داشتن کارت ترخیص ضروری می باشد.</p> |  |  | <p>با اسکن بارکد از مطالب آموزش به بیمار سایت بیمارستان استفاده نمایید.</p> |
| <p>کلینیک پرستاری آموزش سلامت 05138026159 ساعت 8 الی 12</p> <p>درمانگاه تخصصی: 05138026318 ساعت 8 صبح الی 13 می باشد</p> <p>در خارج از ساعت اداری بخشی که از آن ترخیص شده اید.</p>                                                                                                     |  |  |                                                                             |

## ترخیص ایمن

بیمار گرامی:

پس از مطالعه آموزش های ارائه شده در صورت وجود هرگونه ابهام یا سوال در فرم پیش رو ثبت نموده و از پرستار خود سوالات را بپرسید.

-1

-2

-3

-4

1-تلفن 38026159 در شیفت صبح ساعت 8-12 آماده پاسخگویی به سوالات شما می باشد.

2-در صورت داشتن هرگونه سوال می توانید در ساعات دیگر با بخش بستری خود تماس حاصل فرمایید.

3-همچنین می توانید همه روزه جز ایام تعطیل از ساعت 8 الی 13 با شماره ای تا 09966601141 ارتباط داشته باشید و سوالات خود را از کارشناسان کلینیک آموزش پرستاری ما بپرسید.