



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:  | بخش:<br>Ward: | نام:<br>Name: | Family Name:   | نام خانوادگی:  |
| Date Of Admission:   | تاریخ پذیرش: |               |               | اتاق:<br>Room: | Date Of Birth: |
|                      |              | تخت:<br>Bed:  |               |                |                |

|                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                         |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| تشخیص نهایی: ..... تاریخ ترخیص: ..... تلفن بخش: ..... کد رهگیری دارو و آزمایشات نسخه شده: .....                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                         |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| وضعیت بیمار هنگام ترخیص: بهبودی <input type="checkbox"/> بهبودی نسبی <input type="checkbox"/> ترخیص با میل شخصی <input type="checkbox"/> پیگیری <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                         |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| مددجوی گرامی: لطفا مطالب این فرم را به دقت مطالعه نمایید و تهیه داروهای نسخه شده و یا انجام آزمایشات درخواستی را فراموش نکنید.                                                                         |                                                                                                                                                                                                         |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| آموزش دارو                                                                                                                                                                                             | 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> زیاد <input type="checkbox"/> |  |
| تغذیه                                                                                                                                                                                                  | رژیم غذایی بعد از ترخیص: جهت بهبود زخم و ترمیم شکستگی مصرف مواد حاوی کلسیم (شیر، ماست، کره)، سبزیجات، میوه تازه، پروتئین های گیاهی مانند عدس سویا قارچ و مواد سرشار از ویتامین های آ و ث توصیه می گردد. |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|                                                                                                                                                                                                        | محدودیت های غذایی: مصرف شکر و نمک محدود گردد. مایعات فراوان مصرف نمایید و استفاده از نوشیدنی های گاز دار محدود شود.                                                                                     |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| استحمام                                                                                                                                                                                                | استحمام بدون خیس شدن پا (یا پوشاندن یا پانسمان ضد آب) و روی صندلی بنشینید و پای خود را بالا نگه دارید تا خیس نشود.                                                                                      |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| فعالیت                                                                                                                                                                                                 | وزن گذاری روی پا و فعالیت و راه رفتن طبق نظر پزشک باشد.                                                                                                                                                 |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| مراقبت از زخم، محل جراحی و عضو آسیب دیده                                                                                                                                                               | جهت برطرف کردن خارش عضو گچ گرفته از شی نوک تیز استفاده نفرمایید.                                                                                                                                        |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|                                                                                                                                                                                                        | جهت جلوگیری از زخم در ناحیه زیر گچ یا آتل و کاهش درد و تورم پا بر روی یک بالش نرم قرار گیرد.<br>در صورت وجود جراحات جهت تعویض پانسمان طبق دستور پزشک به درمانگاه مراجعه نمایید                          |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| علامت هشدار                                                                                                                                                                                            | در صورت بروز تب، ترشح، قرمزی، تپش قلب، درد شدید که با مسکن برطرف نشود، تورم، رنگ پریدگی و بی حسی و کبودی انگشتان پا هر چه سریعتر به درمانگاه مراجعه نمایید                                              |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |

زمان مراجعه به پزشک:

مراجعه بعدی جهت تعویض پانسمان و کشیدن بخیه ، طبق نظر پزشک انجام شود.

سیگار باعث کاهش خون رسانی در اندام ، عدم بهبودی و سیاه شدن عضو می گردد مصرف آن را کاهش دهید.  
آنتی بیوتیک طبق نظر پزشک مصرف شود.

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.

-1

-2

-3



جهت دسترسی به مطالب آموزشی مربوط به بیماری خود با اسکن بارکد زیر وارد سایت آموزش به بیمار بیمارستان شهید کامیاب می شوید.

آدرس سایت آموزش به بیمار بیمارستان شهید کامیاب: <http://h-kamyab.mums.ac.ir>

در صورت وجود هر گونه سوال در زمینه بیماری خود می توانید همه روزه (به جز روزهای تعطیل) از ساعت 7:30 تا 13 با کلینیک پرستاری آموزش سلامت تماس بگیرید.

شماره تلفن کلینیک پرستاری: 05138026159

شماره ایتما: 09966601141

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