



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی پیوند اعضا و دیالیز منتصریه

فرم آموزشهای ارائه شده به بیمار در زمان ترخیص توسط پزشک و پرستار (گاستروانتریت)

شماره پرونده: Unit No:

نام خانوادگی: Family Name:	نام: Name:	بخش: Ward:	پزشک معالج: Attending Physician:
نام پدر: Father Name:	تاریخ تولد: Date of Birth:	اتاق: Room:	تاریخ پذیرش: Date of Admission:
		تخت: Bed:	

زمان و مکان مراجعه مجدد به پزشک:

نحوه ارائه آموزش	محتوای آموزشی ارائه شده	آموزش های ارائه شده به بیمار
میزان، مدت زمان و نحوه صحیح مصرف دارو	روش مصرف داروها در برگه آموزش مصرف دارو ضمیمه می باشد	چهره به چهره و مکتوب
میزان، مدت زمان و نحوه صحیح مصرف دارو	✓ داروها را طبق دستور پزشک و آموزشهای پرستاران مصرف کنید. از داروها در برابر نور خورشید، یخ زدگی و رطوبت محافظت کنید ✓ بدون مشورت با پزشک، داروها را کم و زیاد یا قطع نکنید. داروها را نصف نکنید و هنگام مصرف نجوید. ✓ داروهایتان را همیشه به همراه خود داشته باشید. قبل از اتمام داروها نسبت به تهیه دارو اقدام کنید. ✓ مصرف داروها باعث پراشتهایی می شود لذا رژیم غذایی خود را رعایت کرده و از پر خوری بپرهیزید.	چهره به چهره و مکتوب
تغذیه	✓ خوردن میوه های له یا زخمی خودداری کنید. ✓ از خوردن مواد غذایی که در بیرون از منزل طبخ میشود خودداری گردد ✓ بهداشت مواد غذایی را کاملاً رعایت کنید. غذاها کاملاً پخته شده باشند	چهره به چهره و مکتوب
بهداشت	✓ شستشوی مرتب دستها قبل از هر اقدام. ✓ بهداشت مواد غذایی را کاملاً رعایت کنید. غذاها کاملاً پخته شده باشند. ✓ از مصرف غذاهایی که در دمای اتاق به مدت طولانی مانده اند خودداری کنید. ✓ همه میوه ها را کاملاً شسته و ضد عفونی نموده، سپس پوست گرفته و میل نمایید.	چهره به چهره و مکتوب
علائم و نشانه هایی که باید به آنها توجه کنید	• تب .. • درد شکمی به صورت زور پیچ و متناوب (دردی که قطع و وصل میشود) • افزایش دفعات اجابت مزاج بتا قوام آبکی • در صورت وجود خون در مدفوع • تهوع و استفراغ	چهره به چهره و مکتوب
پیگیری ها و نتایج آزمایش	جواب آزمایش را از بخش در تاریخ تحویل بگیرید . در تاریخ آزمایشات را انجام دهید و در تاریخ سونوگرافی درخواست شده را انجام دهید . در هنگام مراجعه بعدی به بخش یا کلینیک، آزمایشات و سونوگرافی قبلی و لیست داروهای مصرفی خود را نیز همراه داشته باشید.	چهره به چهره و مکتوب
سوالات بیمار		

اینجانب تأیید می نمایم که آموزش های فوق را دریافت نموده ام .

تأیید و امضاء پرستار

تأیید و امضاء پزشک

امضاء یا اثر انگشت بیمار یا همراه بیمار

در صورت بروز مشکل با شماره ۰۲۲۹۱۹۶۴ داخلی ۳۰۰۶ یا در ساعات غیر اداری ۴۰۲۱ تماس بگیرید

برای دستیابی به فایل آموزشی میتوانید با گوشی خود بر روی کد مقابل کلیک کنید

