



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 کیست هیداتیک (

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: ..... تاریخ ترخیص ..... تشخیص نهایی .....

کدرهگیری دارو و آزمایشات نسخه شده: .....

وضعیت بیمار هنگام ترخیص: بهبودی نسبی      بهبودی شخصی      پیگیری      غیره

ممدجوی گرامی: لطفا مطالب این فرم را به دقت مطالعه نمایید و تهیه ی داروهای نسخه شده و یا انجام آزمایشات درخواستی را فراموش نکنید .

| عنوان آموزش                                | محتوای آموزشی ارائه شده                                                                                                                                     | نحوه ارائه آموزش                                         |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| میزان، مدت زمان و نحوه صحیح مصرف دارو      | نام دارو                                                                                                                                                    | دوز دارو                                                 |
|                                            | زمان مصرف                                                                                                                                                   | نحوه صحیح مصرف دارو                                      |
|                                            | ناشتا   قبل از غذا   همراه غذا   بعد از غذا   با آب زیاد                                                                                                    | ناشتا   قبل از غذا   همراه غذا   بعد از غذا   با آب زیاد |
|                                            | ناشتا   قبل از غذا   همراه غذا   بعد از غذا   با آب زیاد                                                                                                    | ناشتا   قبل از غذا   همراه غذا   بعد از غذا   با آب زیاد |
|                                            | ناشتا   قبل از غذا   همراه غذا   بعد از غذا   با آب زیاد                                                                                                    | ناشتا   قبل از غذا   همراه غذا   بعد از غذا   با آب زیاد |
|                                            | ناشتا   قبل از غذا   همراه غذا   بعد از غذا   با آب زیاد                                                                                                    | ناشتا   قبل از غذا   همراه غذا   بعد از غذا   با آب زیاد |
| تغذیه                                      | رژیم غذایی معمولی است، آب فراوان بنوشید. از آب سالم، میوه و سبزیجات کاملاً شسته شده استفاده نمایید.                                                         | چهره به چهره و مکتوب                                     |
| فعالیت و استراحت                           | راه رفتن زیاد توصیه میشود. در صورتی که بیمار توانایی راه رفتن ندارد حرکات غیر فعال مانند خم و راست کردن پاها را انجام دهد.                                  | چهره به چهره و مکتوب                                     |
| استحمام                                    | استحمام ممنوعیتی ندارد اما بلافاصله بعد از دوش گرفتن محل عمل خشک و تمیز نگه داشته شود.                                                                      | چهره به چهره و مکتوب                                     |
| مراقبت از زخم محل جراحی و عضو آسیب دیده    | پانسمان محل عمل بعد از ۴۸ ساعت برداشته و نیاز به پانسمان در منزل ندارد                                                                                      | چهره به چهره و مکتوب                                     |
| علائم و نشانه هایی که باید به آن توجه کنید | در صورت خروج ترشحات خونی اغشته به مدفوع یا ترشحات چرکی تب التهاب قرمزی شدید محل عمل خونریزی و درد شدید تنگی نفس درد قفسه سینه سریعاً به پزشک مراجعه نمایید. | چهره به چهره و مکتوب                                     |
| مراقبت در منزل                             | هنگام سرفه کردن با دست از محل عمل حمایت کنید.                                                                                                               | چهره به چهره و مکتوب                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| چهره به<br>چهره<br>و<br>مکتوب                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | یک هفته تا ۱۰ روز پس از ترخیص به پزشک معالج خود مراجعه نمایید.<br>در صورتیکه در طی بستری برای شما آزمایش آسیب شناسی ارسال شده است پیگیر جواب آزمایش خود باشید<br>در صورت نیاز به دریافت اطلاعات نوبت دهی کلینیک تخصصی با تلفن ۳۲۲۹۱۹۶۴ تماس حاصل فرمایید. لازم به ذکر است دریافت نوبت از کلینیک<br>های تخصصی به صورت اینترنتی یک روز قبل ۹ صبح 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<br>حضور پزشک از ساعت ۷ صبح می باشد | <b>پیگیری ها و<br/>نتایج آزمایش</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>سایر موارد<br/>آموزشی</b>        |
| <p>ممدجوی گرامی:</p> <p>پس از مطالعه این فرم، هرگونه سوال یا ابهام احتمالی را یادداشت نموده و تا قبل از خروج از بیمارستان از پرستار خود سوال نمایید</p> <p>۱-<br/>۲-<br/>۳-</p> <p>❖ ممدجویانی 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 دفترچه نوشته می شود.</p> <p>❖ جهت دسترسی به مطالب آموزشی مربوط به بیماری خود با اسکن بارکد وارد سایت آموزش به بیمار بیمارستان منتصریه شوید.</p> <div data-bbox="564 891 700 1028" data-label="Image"> </div> <p>ادرس سایت آموزش به بیمار بیمارستان منتصریه :</p> <p><a href="https://moth.mums.ac.ir/index.php/khadamat1/amoozeshbimar">https://moth.mums.ac.ir/index.php/khadamat1/amoozeshbimar</a></p> <p>❖ 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 پرستاری آموزش سلامت تماس بگیرید.</p> <p>❖ تلفن کلینیک پرستاری آموزش سلامت: ۳۲۲۹۱۹۷۳</p> <p>در صورت نیاز به سوال خارج از ساعت ذکر شده با بخش بستری خود تماس بگیرید. ۳۲۲۹۱۹۶۴ داخلی ۴۰۱۰ یا ۴۰۲۰</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |
| <p>اینجانب ..... تأیید می نمایم که آموزش های فوق را دریافت نموده ام.</p> <p>امضاء یا اثر انگشت بیمار یا همراه بیمار      تأیید و امضاء پرستار      تأیید و امضاء پزشک</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |