



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 توده پانکراس (

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:
زمان و مکان مراجعه مجدد به پزشک: تاریخ ترخیص تشخیص نهایی			
کدرهگیری دارو و آزمایشات نسخه شده:			
وضعیت بیمار هنگام ترخیص: بهبودی نسبی ترخیص با میل 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	توصیه میشود: غذا را در وعده های زیاد و با حجم کم میل نمایید. مایعات فراوان بنوشید اما از مصرف مایعات همراه غذا و خوابین بلافاصله بعد از غذا خودداری نمایید . محدودیت های غذایی: مصرف چربی ها را کاهش داده و بیشتر گوشت قرمز ، تخم مرغ ، پنیر ، حبوبات و انواع مغزها را استفاده نمایید . سایر	چهره به چهره و مکتوب
فعالیت و استراحت	از بلند کردن اجسام بیشتر از ۵ کیلو به مدت شش هفته خودداری نموده و در صورت احساس خستگی حتما استراحت نمایید . فعالیت ها را به تدریج و در حد قابل تحمل افزایش دهید، برای رانندگی و انجام فعالیت ورزشی با پزشک خود مشورت نمایید. راه رفتن زیاد توصیه می شود. در صورتیکه بیمار توانایی راه رفتن ندارد حرکات غیر فعال مانند خم و راست کردن پاها انجام شود . سایر	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		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 و درد قفسه سینه سریعاً به پزشک مراجعه نمایید. سایر	چهره به چهره و مکتوب
مراقبت در منزل	دو هفته از فعالیت های شدید اجتناب و به تدریج فعالیت های روزانه را آغاز نمایید. هنگام سرفه کردن با دست از محل عمل حمایت کنید. استحمام ممنوعیتی ندارد اما بلافاصله بعد از دوش گرفتن محل عمل خشک و تمیز نگه داشته شود. پانسمان محل عمل بعد از ۴۸ ساعت برداشته و نیاز به پانسمان در منزل ندارد.	چهره به چهره و مکتوب

چهره به چهره و مکتوب	زمان و مکان مراجعه به پزشک: یک هفته تا ۱۰ روز پس از ترخیص به پزشک معالج خود مراجعه نمایید. در صورت نیاز به دریافت اطلاعات نوبت دهی کلینیک تخصصی با تلفن ۳۲۲۹۱۹۶۴ تماس حاصل فرمایید. لازم به ذکر است دریافت نوبت از کلینیک های تخصصی به صورت اینترنتی یک روز قبل ۹ صبح از طریق آدرس سایت http://nobat.mums.ac.ir و یا به صورت حضوری، در همان روز حضور پزشک از ساعت ۷ صبح می باشد	پیگیری ها و نتایج آزمایش
	بستن شکم بند برای بیمارانی که بخیه ی بزرگ شکمی دارند الزامی است	سایر موارد آموزشی
مددجوی گرامی: 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 ۱- ۲- ۳- ❖ مددجویانی 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. ❖ جهت دسترسی به مطالب آموزشی مربوط به بیماری خود با اسکن بارکد وارد سایت آموزش به بیمار بیمارستان منتصریه شوید. ادرس سایت آموزش به بیمار بیمارستان منتصریه : https://moth.mums.ac.ir/index.php/khadamat1/amoozeshbimar ❖ 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 . ❖ تلفن کلینیک پرستاری آموزش سلامت: ۳۲۲۹۱۹۷۳ در صورت نیاز به سوال خارج از ساعت ذکر شده با بخش بستری خود تماس بگیرید . ۳۲۲۹۱۹۶۴ داخلی ۴۰۱۰ یا ۴۰۲۰		
اینجانب تأیید می نمایم که آموزش های فوق را دریافت نموده ام .		
امضاء یا اثر انگشت بیمار یا همراه بیمار	تایید و امضاء پرستار	تایید و امضاء پزشک