

|                  |                                                               |                                                                                      |                                                                                                                                    |
|------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| واحد بهبود کیفیت | به نام خدا                                                    |                                                                                      |  بیمارستان<br>موسی بن جعفر (ع)<br>شهرستان قوچان |
|                  | عنوان سند: <b>فرم آموزش به بیمار حین ترخیص (بخشهای جراحی)</b> |                                                                                      |                                                                                                                                    |
|                  | شماره سند: M.14.N-S/67<br>شماره بازنگری: 1<br>شماره ویرایش:   | تاریخ تدوین: 1401/08/17<br>تاریخ بازنگری: 1403/8/17<br>تاریخ بازنگری بعدی: 1405/8/17 |                                                                                                                                    |

شماره پرونده: \_\_\_\_\_  
 Unit No: \_\_\_\_\_

**فرم آموزش به بیمار و خانواده در زمان ترخیص  
(توسط پزشک و پرستار)**

|                     |                   |             |                    |
|---------------------|-------------------|-------------|--------------------|
| نام خانوادگی: _____ | نام: _____        | بخش: _____  | پزشک معالج: _____  |
| نام پدر: _____      | تاریخ تولد: _____ | اتاق: _____ | تاریخ پذیرش: _____ |
|                     | Birth: _____      | Room: _____ | Admission: _____   |
|                     |                   | تخت: _____  |                    |
|                     |                   | Bed: _____  |                    |

| تشخیص نهایی: <b>کاتاراکت</b> 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"/><br>مددجوی گرامی: لطفا مطالب این فرم را به دقت مطالعه نمایید و تهیه داروهای نسخه شده و یا انجام آزمایشات درخواستی را فراموش نکنید. |                                                                                                                                                                                  |                  |                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| 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 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 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 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 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 زیاد <input type="checkbox"/> |  |  |
| تذکره                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>رژیم غذایی بعد از ترخیص:</b><br>رژیم غذایی نرم و پرفیبر، استفاده از میوه و سبزیجات تازه جهت جلوگیری از یبوست (زیرا زور زدن هنگام اجابت مزاج باعث افزایش فشار داخل چشم میشود). |                  |                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | بمدت 7-10 روز پس از جراحی نباید چشم عمل شده با آب تماس داشته باشد.                                                                                                               |                  |                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| استحمام                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                  |                  |                                                                                                                                                                                                                  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>فعالیت</div> <div>مراقبت از زخم، محل جراحی و عضو آسیب دیده</div> <div>علامت هشدار</div> <div>پیگیری های پس از زخم</div> <div>سایر موارد</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>1- بسمت چشم عمل شده نخواهد .</p> <p>2- از خم شدن و ایستادن طولانی مدت خودداری شود</p> <p>3- از حبس نفس و اعمال فشار بدنبال بلند کردن اجسام سنگین ،زور زدن هنگام دفع وفعالیت شدید بمدت 6 هفته خودداری شود.</p> <p>4- جهت جلوگیری از صدمه چشم پس از عمل بیمار تا 24 ساعت یک محافظ مخصوص (شیلد) بر روی چشم خود دارد که باید 4-1 هفته این محافظ چشمی را شب ها موقع خواب بر روی چشم قرار دهید.</p> <p>5- جهت مراقبت از چشم در برابر نور خورشید از عینکهای دودی استاندارد استفاده نمایید.</p> <p>6- قبل از تماس با چشم عمل شده ویا پاک کردن وتمیز کردن ترشحات چشم عمل شده باید دستها را بشویید.</p> <p>7- نحوه تمیز کردن ترشحات از قسمت داخلی چشم به قسمت خارجی چشم با استفاده از یک گاز تمیز و آب جوشیده سرد شده باشد.</p> <p>8- از مالش چشم عمل شده با انگشت ،دستمال وحوله اجتناب کنید.</p> <p>9- پرهیز از فین کردن وزور زدن هنگام اجابت مزاج</p> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>زمان تعویض پانسمان:تا زمان مراجعه به پزشک محافظ چشمی حفظ شود.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>در صورت داشتن موارد زیر حتما به بیمارستان مراجعه نمایید:</p> <p>1-افزایش قرمزی، تورم و ترشح چشمها</p> <p>2-مشاهده هاله رنگی اطراف چراغ ها</p> <p>3-شروع ناگهانی درد بالای کاسه چشم(ناحیه ابروها) و سردرد مداوم</p> <p>4-کاهش بینایی نسبت به روزهای قبل</p> <p>5-درد چشم واطراف آن که با مسکن تجویز شده برطرف نشود.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>زمان مراجعه به درمانگاه یا مطب ..... بعد از اولین ویزیت (در اولین نوبت مراجعه به پزشک در درمانگاه یا مطب ،جواب آزمایش ،خلاصه پرونده به همراه داشته باشید )</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>در صورتیکه پزشک برای شما قطره یا دارو تجویز کرده آنها را مرتب مصرف کنید.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p><b>ممدجوی گرامی:</b></p> <p>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.</p> <p>1- در صورت وجود هر گونه سوال در زمینه بیماری خود می توانید همه روزه (به جز روزهای تعطیل) از ساعت 8 تا 12 با کلینیک پرستاری آموزشی سلامت تماس بگیرید. شماره تلفن کلینیک پرستاری: 15-05147233412 داخلی 227</p> <p>در صورت نیاز به سوال خارج از ساعت ذکر شده با بخش بستری خود تماس بگیرید.</p> <div data-bbox="1337 1570 1501 1731"> </div> <p>*** جهت دسترسی به مطالب آموزشی مربوط به بیماری خود با اسکن بارکد بالا وارد سایت آموزش به بیمار بیمارستان موسی بن جعفر(ع) قوچان می شوید.</p> <div data-bbox="379 1877 555 1910"> <p>مهر و امضاء پرستار</p> </div> <div data-bbox="778 1877 954 1910"> <p>مهر و امضاء پزشک</p> </div> <div data-bbox="1177 1877 1501 1910"> <p>امضاء / اثر انگشت بیمار یا همراهی</p> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |