

|                  |                                                               |                                                                                      |                                                                                                                                    |
|------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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/74<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)

|                                           |                      |                                     |                                     |
|-------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Attending Physician: _____<br>پزشک معالج: | Ward: _____<br>بخش:  | Name: _____<br>نام:                 | Family Name: _____<br>نام خانوادگی: |
| Date Of Admission: _____<br>تاریخ پذیرش:  | Room: _____<br>اتاق: | Date Of Birth: _____<br>تاریخ تولد: | Father Name: _____<br>نام پدر:      |
|                                           | Bed: _____<br>تخت:   |                                     |                                     |

| تشخیص نهایی: <b>واریکوسل</b> تاریخ ترخیص: _____ تلفن بخش: _____ کد رهگیری دارو و آزمایشات نسخه شده: .....                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| وضعیت بیمار هنگام ترخیص: <input type="checkbox"/> 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"/> |  |  |
| <b>رژیم غذایی بعد از ترخیص:</b><br>1- جهت پیشگیری از یبوست رژیم غذایی نرم همراه با سبزیجات و میوه و مایعات فراوان داشته باشید تا بر روی ناحیه عمل فشار وارد نشود.<br>2- در صورت یبوست انجیر، گلابی، کیوی، خاکشیر، آلو و شربت ملین طبق دستور مصرف نمایید.                                                                                                             |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| <b>تغذیه</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| پانسمان ناحیه عمل روز بعد از ترخیص برداشته شده و می توانید استحمام کنید. قبل و بعد از حمام از پماد آنتی بیوتیک در محل عمل استفاده نمایید.                                                                                                                                                                                                                            |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| <b>استحمام</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| 1- تا سه ماه از فعالیت سنگین بدنی و ورزشی خودداری نموده و از برداشتن اجسام سنگین تر از 6 تا 7 کیلوگرم خودداری نمایید.<br>2- تا 2 هفته بعد از عمل از لباس زیر تنگ استفاده نمایید.<br>3- از هرگونه اقدامی که باعث فشار روی ناحیه عمل شود، خودداری شود.<br>4- توصیه می شود تا 2 هفته بعد از عمل از مقاربت جنسی اجتناب کنید 0<br>5- دیده شدن ورید های بزرگ اشکالی ندارد. |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| <b>فعالیت</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| مراقبت از زخم، محل جراحی و عضو آسیب دیده                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | زمان تعویض پانسمان: پانسمان ناحیه عمل روز بعد از ترخیص برداشته شده<br>زمان کشیدن بخیه: کشیدن بخیه طبق نظر پزشک<br>زمان کشیدن بخیه ها .....                   |
| علامت هشدار                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | در صورت داشتن موارد زیر حتما به بیمارستان مراجعه نمایید:<br>قرمزی، تورم و ترشح ناحیه عمل<br>داشتن تب                                                         |
| پیگیری های پس از ترخیص                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | بعد زمان مراجعه به درمانگاه یا مطب .....<br>از اولین ویزیت (در اولین نوبت مراجعه به پزشک در درمانگاه یا مطب، جواب آزمایش، خلاصه پرونده به همراه داشته باشید) |
| سایر موارد آموزشی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | برای پیگیری جواب آزمایشات پس از تماس و اطمینان از آماده شدن جواب آزمایش، به بخش مراجعه نمایید.                                                               |
| <p><b>مددجوی 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 آموزش 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="1353 1111 1520 1274" data-label="Image"> </div> <p><b>***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.</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div data-bbox="395 1373 576 1408">         مهر و امضاء پرستار       </div> <div data-bbox="791 1373 971 1408">         مهر و امضاء پزشک       </div> <div data-bbox="1182 1373 1520 1408">         امضاء / اثر انگشت بیمار یا همراهی       </div> </div> |                                                                                                                                                              |