

|                  |                                                                                                                |                                   |                                                                                                                                    |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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/55<br>تاریخ تدوین: 1401/08/17<br>تاریخ بازنگری: 1403/8/17<br>تاریخ بازنگری بعدی: 1405/8/17 | شماره بازنگری: 1<br>شماره ویرایش: |                                                                                                                                    |

شماره پرونده:
 

Unit No:

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

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

| تشخیص نهایی: <b>تانسیلکتومی</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                                                                                                                                                                                                 | آموزش 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"/><br>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"/><br>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"/><br>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"/><br>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"/><br>با آب زیاد <input type="checkbox"/> |                                                |  |  |  |
| رژیم غذایی بعد از ترخیص:<br>۱- مصرف غذاهای نرم سرد مثل فرنی، حریره، شیربرنج، ژله و بستنی بلامانع است. پس از روز چهارم میتوانید مواد غذایی غیر سفت که نیاز به جویدن ندارند مثل تخم مرغ آب پز و پوره سیب زمینی مصرف نمایید.<br>۲- مایعات مصرف نمایید.<br>محدودیت های غذایی: از خوردن غذای جامد و خشک پرهیز نمایید.                         |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                     | تغذیه                                          |  |  |  |
| پس از روز اول انجام فعالیتهای شخصی معمولی بلامانع است.                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                     | استحمام                                        |  |  |  |
| فعالیتهایی که مستلزم زورزدن و ورزشهای سنگین و استرس زا است، انجام ندهید.                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                     | فعالیت                                         |  |  |  |
| زمان تعویض پانسمان:<br>زمان کشیدن بخیه:                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                     | مراقبت از زخم،<br>محل جراحی و<br>عضو آسیب دیده |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>علائم هشدار</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>در صورت داشتن موارد زیر حتما به بیمارستان مراجعه نمایید:</p> <p>۱-خونریزی شدید</p> <p>۲-درد گوش همراه با کاهش شنوایی</p> <p>در اولین نوبت مراجعه به پزشک در درمانگاه یا مطب؛ جواب آزمایش، خلاصه پرونده را همراه داشته باشید.</p>                                                                                                                                     |
| <p>پیگیری های پس از ترخیص</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>زمان مراجعه به پزشک:</p> <p>در اولین نوبت مراجعه به پزشک در درمانگاه یا مطب؛ جواب آزمایش، خلاصه پرونده را همراه داشته باشید.</p>                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>سایر موارد آموزشی</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>۱- اگر خونریزی خفیف در حد نشت کمی خون از بستر لوزه ها داشتید؛ غرغره با آب یخ یا گذاشتن یک تکه یخ در دهان به مدت 30 دقیقه، توصیه میشود.</p> <p>۲- در صورت خونریزی شدید چنانچه میتوانید بنشینید، سر خود را کمی به پایین خم کنید تا خون از دهان خارج شود و اگر دراز کشیده اید، به یک پهلو بچرخید تا خون از گوشه دهان بیرون بریزد و سریعاً به بیمارستان مراجعه کنید.</p> |
| <p>مددجوی گرامی:</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-</p> <p>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>  <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> <p>امضاء / اثر انگشت بیمار یا همراهی      مهر و امضاء پزشک      مهر و امضاء پرستار</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |