

واحد بهبود کیفیت	به نام خدا		 بیمارستان موسی بن جعفر (ع) شهرستان قوچان
	عنوان سند: فرم آموزش به بیمار حین ترخیص (بخشهای داخلی)		
	تاریخ تدوین: 1401/08/20 تاریخ بازنگری: 1403/8/20 تاریخ بازنگری بعدی: 1405/8/20	شماره سند: M.14.N-I/133 شماره بازنگری: 1 شماره ویرایش:	

شماره پرونده: _____
 Unit No: _____

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

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

تشخیص نهایی: مسمومیت با خواب آورها تاریخ ترخیص: _____ تلفن بخش: _____ کد رهگیری دارو و آزمایشات نسخه شده:						
وضعیت بیمار هنگام ترخیص: ☐ بهبودی ☐ بهبودی نسبی ☐ ترخیص با میل شخصی ☐ پیگیری ☐ غیره 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 ☐ قبل از غذا ☐ همراه غذا ☐ بعد از غذا ☐ موقع خواب ☐ با آب زیاد			
			☐ ناشتا ☐ قبل از غذا ☐ همراه غذا ☐ بعد از غذا ☐ موقع خواب ☐ با آب زیاد			
			☐ ناشتا ☐ قبل از غذا ☐ همراه غذا ☐ بعد از غذا ☐ موقع خواب ☐ با آب زیاد			
			☐ ناشتا ☐ قبل از غذا ☐ همراه غذا ☐ بعد از غذا ☐ موقع خواب ☐ با آب زیاد			
			☐ ناشتا ☐ قبل از غذا ☐ همراه غذا ☐ بعد از غذا ☐ موقع خواب ☐ با آب زیاد			
			☐ ناشتا ☐ قبل از غذا ☐ همراه غذا ☐ بعد از غذا ☐ موقع خواب ☐ با آب زیاد			
			☐ ناشتا ☐ قبل از غذا ☐ همراه غذا ☐ بعد از غذا ☐ موقع خواب ☐ با آب زیاد			
تغذیه	رژیم غذایی بعد از ترخیص: مایعات فراوان مصرف شود. محدودیت های غذایی: ندارد					
استحمام						
فعالیت						
علامت هشدار	سطح هوشیاری بیمار طی 24 ساعت آینده توسط همراهان کنترل گردد و در صورت کاهش شدید سطح هوشیاری به طوری که با صدا زدن قادر به باز نمودن چشم ها نباشد بیمار را سریعاً به اولین مرکز درمانی انتقال دهید.					

پیگیری های پس از ترخیص	زمان مراجعه به پزشک: 48 ساعت پس از ترخیص به پزشک معالج مراجعه نمایید. در صورتیکه به قصد آسیب به خود از دارو استفاده کرده اید، با در دست داشتن برگ خالصه پرونده به مرکز بهداشت محل سکونت خود مراجعه نموده و از جلسات مشورت رایگان استفاده نمایید . *در صورت نیاز به دریافت اطلاعات نوبت دهی کلینیک تخصصی با تلفن 14-05147223412 داخلی 227 تماس حاصل فرمائید.
سایر موارد آموزشی	جهت تکمیل درمان و پیشگیری از افکار خودکشی به روان پزشک مراجعه شود.

مرددجوی گرامی:

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. 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**

در صورت نیاز به سوال خارج از ساعت ذکر شده با بخش بستری خود تماس بگیرید.



****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.**

امضاء / اثر انگشت بیمار یا همراهی

مهر و امضاء پزشک

مهر و امضاء پرستار