

|                  |                                                                                      |                                                              |                                                                                                                                    |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| واحد بهبود کیفیت | به نام خدا                                                                           |                                                              |  بیمارستان<br>موسی بن جعفر (ع)<br>شهرستان قوچان |
|                  | عنوان سند: <b>فرم آموزش به بیمار حین ترخیص (بخش داخلی)</b>                           |                                                              |                                                                                                                                    |
|                  | تاریخ تدوین: 1401/08/20<br>تاریخ بازنگری: 1403/8/20<br>تاریخ بازنگری بعدی: 1405/8/20 | شماره سند: M.14.N-I/136<br>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: **تشنج و صرع** تاریخ ترخیص: تلفن بخش: کدرهگیری 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                                                                                                                                                                                              |
|------------|-------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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"/> 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"/> |
|            |                   |                  | 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"/> |
|            |                   |                  | 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"/> |

- رژیم غذایی بعد از ترخیص:
- 1- مصرف غذاهای غنی از ویتامین D (مثل شیر و لبنیات) را افزایش دهید.
  - 2- از سبزیجات و میوه های تازه و حبوبات استفاده کنید.
  - 3- در صورتیکه داروها باعث حالت تهوع میشوند، از مصرف غذاهای بودار و سرخ کرده خودداری کنید.
  - 4- برای پیشگیری از افت قند خون وعده های غذایی منظم داشته باشید و از میان وعده های کوچک استفاده کنید.
  - 5- از خوردن چای، قهوه و مواد کافئین دار (نوشابه های الکلی) اجتناب کنید.
  - 6- میزان نمک روزانه معادل 5 گرم (یک قاشق چایخوری) در 24 ساعت میباشد.
  - 7- در صورت اضافه وزن، وزن خود را کاهش دهید.
  - 8- طبق یک برنامه منظم و در محیط آرام و بدون استرس غذا بخورید.

استحمام

\* حتی الامکان استحمام کوتاه مدت باشد. و هنگام حمام کردن افراد خانواده را در جریان قرار دهید و به تنهایی شنا نکنید.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| فعالیت                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>1- از استرس و فشار روانی، عصبانیت و فعالیت بدنی بیش از اندازه اجتناب کنید.</p> <p>2- از ورزشهای سنگین به خصوص ورزشهایی که در هنگام حمله خطرناک هستند مانند شنا، کوهنوردی، غواصی، ماشین سواری، موتور سواری و دوچرخه سواری اجتناب کرده و هنگام ورزش نکات ایمنی را رعایت کنید.</p> <p>3- برای ورزش کردن یک فضای امن را انتخاب کنید. در جاهایی که لغزنده هستند و نور کمی دارند؛ به دلیل احتمال آسیب و ایجاد خطر، ورزش نکنید.</p> <p>4- حداقل 6 تا 8 ساعت استراحت داشته باشید.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| علائم هشدار                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>در صورت داشتن موارد زیر حتما به بیمارستان مراجعه نمایید:</p> <p>* تب، گلودرد، خونریزی زیر پوستی و خونمردگی خود به خودی و سایر علائم جدید</p> <p>* اگر تشنج بیش از 3 تا 5 دقیقه طول کشید.</p> <p>* سایر موارد نگران کننده و یا اورژانسی</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| از ترخیص<br>پیگیری های پس                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| سایر موارد آموزشی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>در صورت مصرف داروهای ضد تشنج:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- بهداشت دهان و لثه رعایت شود و به طور دوره ای توسط دندانپزشک ویزیت شوید.</li> <li>2- در هنگام مصرف دارو از انجام کارهایی که نیاز به هوشیاری کامل دارد، اجتناب کنید.</li> <li>3- در صورت اختلال در عادات ماهانه و یا باردار بودن، قبل از هر نوع جراحی با پزشک خود مشورت کنید.</li> <li>4- بدون اجازه پزشک داروهای گیاهی، محرکها و خواب آور مصرف نکنید.</li> <li>5- از استعمال دخانیات خودداری کنید.</li> <li>6- عوامل ایجاد حمله را شناسایی و از آنها اجتناب کنید (مانند نور شدید لامپ، مانیتور کامپیوتر، تلویزیون و سروصدای زیاد)</li> <li>7- به یاد داشته باشید تب و عفونت میتوانند باعث بروز تشنج شوند (هر چند تب و تشنج بیشتر در کودکان ملاحظه می شود).</li> <li>9- کارت شناسایی پزشکی برای مواقع ضروری به همراه داشته باشید.</li> <li>10- هرگز داروهای خود را بدون دستور پزشک قطع نکنید. داروها باید در فواصل منظم و طبق دستور پزشک مصرف شود.</li> <li>11- اندازه گیری غلظت داروها را در خون طبق دستور پزشک (به صورت دوره ای انجام دهید).</li> </ol> |
| <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- 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: 05147233412-15 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> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |