

نموذج تثقيف المريض والأسرة في وقت الخروج

رقم الملف: Unit No:

الكشط/تنظير الرحم

Attending Physician: طبيب المعالج:	Ward: القسم:	Name: الاسم:	Family Name: اسم العائلة:
Date of Admission: تاريخ الاستقبال:	Room: الغرفة:	Date of Birth: تاريخ الولادة:	Father Name: اسم الاب:
	Bed: السرير:		

التدريب على الخروج من قبل الطبيب والممرضة

التدريب على الطب	العلاج	مقدار ومدّة الاستخدام			الطريقة الصحيحة لتناول الدواء
		ليلاً	ظهراً	صباحاً	
					قبل الاكل <input type="checkbox"/> بعد الاكل <input type="checkbox"/> قبل النوم <input type="checkbox"/> مع الكثير من الماء <input type="checkbox"/>
					قبل الاكل <input type="checkbox"/> بعد الاكل <input type="checkbox"/> قبل النوم <input type="checkbox"/> مع الكثير من الماء <input type="checkbox"/>
					قبل الاكل <input type="checkbox"/> بعد الاكل <input type="checkbox"/> قبل النوم <input type="checkbox"/> مع الكثير من الماء <input type="checkbox"/>
					قبل الاكل <input type="checkbox"/> بعد الاكل <input type="checkbox"/> قبل النوم <input type="checkbox"/> مع الكثير من الماء <input type="checkbox"/>

نظام غذائي عادي - الكثير من السوائل.

التدريب على الجراحى والطرف المصاب	وقت تغيير الضماد (إن وجد): ليس لديه وقت لسحب الصرف (إن وجد): ليس لديه وقت الحصول على نتائج الخزعة (إن وجدت): أسبوع واحد بعد الخروج من المستشفى مراعاة النظافة الشخصية - إذا كان لديك غازات داخل المهبل، فتأكدى من إزالته قبل الخروج.	وقت الخياطة (إن وجد): ليس لديه الاستحمام: الاستحمام غير محظور
-----------------------------------	--	--

التدريب على المتابعة بعد الخروج	إذا كنت تعانين من حمى تزيد عن ٣٨ درجة - نزيف أكثر من كمية الحيض - إفرازات قيحية و كريهة الرائحة - تورم ودفء واحمرار فى جانب واحد من الساق وأى مشاكل فى المسالك البولية، عليك استشارة الطبيب على الفور. (فى حال وجود مشكلة اتصل على الرقم التالى: ٣٨٤٢٧٠١١ داخلى ٤٤٤)
---------------------------------	--

مواد تعليمية أخرى	المشى - الاستحمام غير محظور. عدم ممارسة الجنس برأى الطبيب بعد ١٠ أيام من الجراحة، اذهب إلى العيادة مع ملخص الحالة ونتائج الخزعة.
-------------------	---

قم بمسح الرموز أدناه للحصول على مزيد من المعلومات.



السكرى



تنظير الرحم



الكورتاج

توضيحات

توقيع المريض أو المرافق وبصمات الأصابع:

توقيع الممرضة:

توقيع الطبيب: