

فرم آموزش به بیمار و خانواده در زمان ترخیص

کاتارکت

شماره پرونده: Unit No:

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:			

آموزش های زمان ترخیص توسط پرستار

آموزش دارو	نام دارو	میزان و مدت زمان مصرف			نحوه صحیح مصرف دارو	امضاء پرستار
		صبح	ظهر	شب		
					قبل از غذا □ بعد از غذا □ همراه غذا □ ناشتا □ موقع خواب □ با آب زیاد □	
					قبل از غذا □ بعد از غذا □ همراه غذا □ ناشتا □ موقع خواب □ با آب زیاد □	
					قبل از غذا □ بعد از غذا □ همراه غذا □ ناشتا □ موقع خواب □ با آب زیاد □	
					قبل از غذا □ بعد از غذا □ همراه غذا □ ناشتا □ موقع خواب □ با آب زیاد □	
					قبل از غذا □ بعد از غذا □ همراه غذا □ ناشتا □ موقع خواب □ با آب زیاد □	

معمولی - دیابتی در صورت دیابت کم نمک و کم چربی در صورت بیماری فشار خون

زمان دریافت بیوسی (در صورت وجود): ندارد	زمان کشیدن سوند (در صورت وجود): ندارد	زمان تعویض پانسمان (در صورت وجود): در بخش توسط پزشک برداشته می شود و نیازی ندارد	زمان کشیدن بخیه (در صورت وجود): جذبی هستند	استحمام: صبح روز چهارم بعد عمل
---	---------------------------------------	--	--	--------------------------------

زمان مراجعه به پزشک: عصر روز چهارم بعد عمل به مطب مراجعه کنید

موارد توصیه شده: . تا روز چهارم بعد از عمل صورت خود را بشویند و حمام نکنند . صبح روزویزیت حمام و عصر به مطب مراجعه شود

علائم خطر: در صورت سردرد و چشم درد شدید به پزشک معالج مراجعه فرمائید. اگر مشکلی داشتید به مطب یا اورژانس بیمارستان مهر مراجعه کنید.

شماره بیمارستان ۱۱-۳۸۴۲۷۰-داخلی ۶۳۳-۶۳۰

سایر موارد آموزشی

برای کسب اطلاعات بیشتر کدهای زیر را اسکن نمایید.



فشار خون بالا



دیابت



توصیه های غذایی مناسب



کاهش سکنه قلبی



کاتاراکت

توضیحات