

فرم آموزش به بیمار و خانواده در زمان ترخیص

(تنگی مجرا)

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 پزشک و پرستار

نام دارو	میزان و مدت زمان مصرف			نحوه صحیح مصرف دارو
	صبح	ظهر	شب	
آموزش دارو				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 ☐
				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 ☐

رژیم معمولی مثل همیشه و مایعات فراوان میل کند. جهت جلوگیری از یبوست مصرف بیشتر میوه و سبزیجات توصیه می شود.

زمان تعویض بانسمان (در صورت وجود): طبق دستور پزشک	زمان کشیدن بخیه (در صورت وجود): طبق دستور پزشک	زمان کشیدن سوند (در صورت وجود): طبق دستور پزشک
زمان کشیدن درن (در صورت وجود): طبق دستور پزشک	استحمام: با سوند پلامانع	زمان دریافت بیوبسی (در صورت وجود): ندارد
سایر موارد: با سوند می تواند به حمام برود. در صورت عدم تخلیه ادرار داخل کیسه ادراری و یا تجمع ادرار در مثانه و تب بالای ۳۸/۵ و یا خونریزی بیش از حد در سوند ادراری به نزدیکترین مرکز درمانی یا اورژانس بیمارستان مهر مراجعه نمایید. در صورت هر گونه مشکل با شماره ۱۴-۰۱۱۳۸۴۲۷۰۵ داخلی ۶۲۰ یا ۶۲۲ تماس حاصل نمایید.		

زمان مراجعه به پزشک: در تاریخ تعیین شده برای ویزیت مجدد مراجعه کنید در صورت داشتن سوند، برای خارج کردن آن طبق زمان تعیین شده مراجعه نمایید نتایج آزمایش ها یا پاتولوژی در صورت انجام را در مراجعه بعدی همراه داشته باشید
موارد ممنوع:
موارد توصیه شده: مراقبت از سوند که خارج یا کشیده نشود.

از درپوش آبی رنگ انتهای کیسه ادراری، ادرار تخلیه شود.

برای کسب اطلاعات بیشتر کد های زیر را اسکن نمایید.
 فشار خون بالا  دیابت  مراقبت از سوند ادراری  تنگی مجرا

امضاء و اثر انگشت بیمار یا همراه:

امضاء پرستار:

امضاء پزشک: