



فرم آموزش به بیمار و خانواده در زمان ترخیص آبریزش

شماره پرونده: Unit Number:

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: **آبریزش** تاریخ ترخیص: تلفن بخش: کدرگیری دارو و آزمایشات نسخه شده:

وضعیت بیمار هنگام ترخیص: ☐ بهبودی ☐ ترخیص با میل شخصی ☐ پی گیری ☐ 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.

آموزش دارو	نام دارو	میزان مصرف در روز	زمان مصرف (ساعت)	نحوه صحیح مصرف دارو
				ناشتا ☐ قبل از غذا ☐ همراه غذا ☐ بعد از غذا ☐ زمان خواب ☐ با آب زیاد ☐
				ناشتا ☐ قبل از غذا ☐ همراه غذا ☐ بعد از غذا ☐ زمان خواب ☐ با آب زیاد ☐
				ناشتا ☐ قبل از غذا ☐ همراه غذا ☐ بعد از غذا ☐ زمان خواب ☐ با آب زیاد ☐
				ناشتا ☐ قبل از غذا ☐ همراه غذا ☐ بعد از غذا ☐ زمان خواب ☐ با آب زیاد ☐
تغذیه	رژیم غذایی معمولی همراه با مصرف مایعات فراوان (توصیه می شود تا ۸ لیوان آب در روز مصرف شود). استفاده از مواد حاوی فیبر (مثل روغن زیتون و کاهو) به منظور پیشگیری از یبوست			
استراحت و فعالیت	در بیشتر ساعات روز استراحت کنید. پرهیز از انجام کارهای سنگین و نزدیکی- پرهیز از مسافرت در ماههای آخر بارداری در صورت صلاحدید پزشک یک بالش زیر باسن قرار داده و پاها را بالاتر از سطح بدن قرار دهید. (این امر به کاهش آبریزش کمک میکند).			
زمان مراجعه مجدد	مراجعه جهت انجام مراقبت های مامائی ۲ بار در هفته (طبق صلاحدید پزشک) و انجام آزمایشات خونی در صورت صلاحدید پزشک			
علامت خطر	در صورت تب - ترشح بدبو - افزایش ضربان قلب و تشدید آبریزش و درد و خونریزی و یا کاهش حرکات جنین سریعا به درمانگاه مامائی مراجعه نمایید.			
نتایج آزمایشات	نتیجه آزمایشات در خلاصه پرونده قید شده و در اختیار بیمار قرار گرفته است			
خود مراقبتی	شمارش حرکات جنین روزانه (به پهلوی چپ بعد از صرف غذا قرار بگیرید و حرکات جنین را بشمارید) حدود ۴ حرکت در ۱ ساعت طبیعی می باشد. استفاده از جوراب واریس رعایت بهداشت ناحیه تناسلی (شستشو از جلو به عقب و خشک نمودن) رعایت بهداشت دست که مهم ترین اصل در بهداشت فردی میباشد.			
سوالاتی که باید پرسیم؟	۱- ۲-			
سایر				

مددجوی 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.

*مددجویانی که بیمه تامین اجتماعی دارند، کد ملی خود را جهت دریافت دارو و یا انجام آزمایشات ارائه نمایند. برای سایر بیمه ها پس از ثبت نسخه کد رهگیری اعلام می شود.

*در صورت وجود هرگونه سوال در زمینه بیماری خود می توانید همه روزه (به جز روزهای تعطیل) از ساعت ۸ تا ۱۲ با کلینیک های پرستاری آموزش

سلامت ۰۵۱۳۲۳۱۰۶۱ - داخلی (۳۵۱) تماس بگیرید.

امضاء/اثر انگشت بیمار یا همراهی

مهر و امضای پزشک

مهر و امضای پرستار