مرکز آموزشی درمانی–درمانی ضیائیان

Educational & Treatment Center Ziaeian

فرم ثبت آموزش به بیمار

PATIENT EDUCATION SHEET

(راهنمای ترخیص آندوسکوپی و کولونوسکوپی)

شماره پرونده:	**Unit Number:**

نام خانوادگی:	**Family Name:**	**نام:**	**Name:**	**بخش:**	**Ward:**	**پزشک معالج:**	**Attending Physician:**
نام پدر:	**Father Name:**	**تاریخ تولد:**	**Date of Birth:**	**اتاق:**	**Room:**	**تاریخ پذیرش:**	**Date of Admission:**
				تخت:	**Bed:**		

عناوین آموزشی	**تاریخ**	**ساعت**	**آموزش پزشک**			**آموزش پرستار**
میزان، مدت زمان و نحوه‌ی صحیح مصرف دارو			**نام دارو**	**مقدار دارو**	**زمان مصرف**	☐آموزش نحوه‌ی مصرف درست داروهای خوراکی ☐بعضی از داروها ممکن است دارای دو نام مختلف تجاری و ژنریک باشندکه به شما آموزش داده شد. ☑در صورت بروز **عوارض دارویی:** کاهش تعداد نبض، کاهش فشارخون، سرگیجه، تهوع، سردرد و بثورات جلدی، خونریزی‌های جلدی و غیره حتماً به پزشک معالج و یا مرکز درمانی مراجعه نمایید.
تغذیه (غذاهای مجاز به مصرف و غیر مجاز و ...)			**رژیم اولسری:** رژیمی است با محدودیت مواد آشامیدنی محرک مثال: قهوه، نسکافه، چای، نوشابه و عدم مصرف الکل، ادویه‌جات، فلفل، مواد غذایی سرخ شده و چرب، محدودیت مواد غذایی فیبردار مانند: غلات، حبوبات، باقالای پخته و سبزیجات در صورتی که موجب ایجاد درد و ناراحتی معده شود، به حداقل رساندن موادغذایی نفاخ مثل: بروکلی، کلم، ترب، پیاز ، سیر و فلفل دلمه‌ای و همچنین گوجه، رب گوجه، مرکبات و کاکائو.			**رژیم غذایی خاص بیمار:** ☐مایعات ☐رژیم اولسری ☐رژیم معمولی
مراقبت های لازم			**میزان فعالیت:** **شروع به کار یا فعالیت عادی:** حدوداً ..... بعد.			**میزان فعالیت:** ☐فعالیت معمولی ☐تحرک نسبی در منزل ☐استراحت کامل ☐سایر موارد

زمان مراجعه به پزشک: **مکان مراجعه:**

لطفاً بعد از ترخیص و قبل از ترک بیمارستان (غیر از روزهای تعطیل) **جهت راهنمایی نوبت‌گیری** به درمانگاه مراجعه نمایید.

نتایج معوقه تست های پاراکلینیک: برای پیگیری جواب آزمایشات و پاتولوژی با ارائه‌ی کد ..... در تاریخ تعیین شده به طور سرپایی به آزمایشگاه مراجعه نمایید (۴-۵۵۱۷۶۸۱۰ داخلی ۲۴۲).

علایم و نشانه‌های هشدار دهنده که در صورت وقوع، لازم است سریعاً مراجعه شود:

درد شدید و غیر قابل تحمل در ناحیه شکم، عدم دفع گاز، استفراغ مکرر، خونریزی به صورت استفراغ خونی یا خونریزی از مقعد و درد قفسه‌سینه و گردن.

مهر و امضای پزشک: **مهر و امضای پرستار:** **امضای بیمار یا همراه:**

در صورت داشتن سئوالات آموزشی و یا بروز علایم عفونت از قبیل: تب، سوزش ادرار، تکرر ادرار، عفونت تنفسی و عفونت زخم جراحی با سوپروایزر کنترل عفونت و آموزش سلامت ۴-۵۵۱۷۶۸۱۰ داخلی ۳۴۳ تماس بگیرید.