

(راهنمای ترخیص بیماران آی.سی.یو)

شماره پرونده: Unit Number:		نام خانوادگی: Family Name:		نام پدر: Father Name:	
نام: Name:		بخش: Ward:		پزشک معالج: Attending Physician:	
تاریخ تولد: Date of Birth:		اتاق: Room:		تاریخ پذیرش: Date of Admission:	
تخت: Bed:		آموزش پزشک		آموزش پرستار	
تاریخ: Date:		ساعت: Time:		میزان، مدت زمان، نحوه صحیح مصرف دارو	
تغذیه (غذا): Feeding:		آموزش نحوه تغذیه صحیح بیمار.		آموزش نحوه مصرف دارو	
مراقبت های لازم		آموزش نحوه تغذیه صحیح بیمار.		آموزش نحوه مصرف دارو	
زمان مراجعه به پزشک: Time to see the doctor:		مکان مراجعه: Place to see the doctor:		جهت راهنمایی نوبت گیری به درمانگاه مراجعه نمایید.	
نتایج معوقه تست های پاراکلینیک: Results of paraclinical tests:		برای پیگیری جواب آزمایشات با ارائه ی کد در تاریخ تعیین شده به طور سرپایی به آزمایشگاه مراجعه نمایید.		(۴-۵۵۱۷۶۸۱۰ داخلی ۲۴۲).	
علایم و نشانه های هشدار دهنده که در صورت وقوع، لازم است سریعاً جهت مشورت به پزشک معالج اطلاع دهید: Signs and symptoms that require immediate consultation with the treating physician:		کاهش هوشیاری و خواب آلودگی، ورم اندام ها و صورت، ورم یک طرفه و گرمی و دردناکی اندام تحتانی، کاهش میزان ادرار، وقوع خونریزی غیر طبیعی و کبودی پوست، حرکت غیرمقارن اندام ها و اشکال در اجابت مزاج.		کاهش هوشیاری و خواب آلودگی، ورم اندام ها و صورت، ورم یک طرفه و گرمی و دردناکی اندام تحتانی، کاهش میزان ادرار، وقوع خونریزی غیر طبیعی و کبودی پوست، حرکت غیرمقارن اندام ها و اشکال در اجابت مزاج.	
مهر و امضای پزشک: Physician Signature:		مهر و امضای پرستار: Nurse Signature:		امضای بیمار یا همراه: Patient or Companion Signature:	