

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک : Arak University of Medical Sciences

Medical Center

مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان :

کدملی:

شماره پرونده:

فرم آموزشی به بیمار در زمان ترخیص

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

آموزش های زمان ترخیص توسط پزشک

| ردیف | نام دارو | تعداد روز زمان مصرف دارو |   |   | نحوه صحیح مصرف دارو و مراقبت های اختصاصی |
|------|----------|--------------------------|---|---|------------------------------------------|
|      |          | ص                        | ع | ش |                                          |
| 1    |          |                          |   |   |                                          |
| 2    |          |                          |   |   |                                          |
| 3    |          |                          |   |   |                                          |
| 4    |          |                          |   |   |                                          |
| 5    |          |                          |   |   |                                          |
| 6    |          |                          |   |   |                                          |
| 7    |          |                          |   |   |                                          |
| 8    |          |                          |   |   |                                          |

دارو

تقدیه

مراقبت منزل

آموزش های زمان ترخیص توسط پرستار

| ردیف | نام دارو | تعداد روز زمان مصرف دارو |   |   | نحوه صحیح مصرف دارو و مراقبت های اختصاصی |
|------|----------|--------------------------|---|---|------------------------------------------|
|      |          | ص                        | ع | ش |                                          |
| 1    |          |                          |   |   |                                          |
| 2    |          |                          |   |   |                                          |
| 3    |          |                          |   |   |                                          |
| 4    |          |                          |   |   |                                          |
| 5    |          |                          |   |   |                                          |
| 6    |          |                          |   |   |                                          |
| 7    |          |                          |   |   |                                          |
| 8    |          |                          |   |   |                                          |

دارو

تقدیه

مراقبت منزل

|                 |  |             |
|-----------------|--|-------------|
| کدمحتوای آموزشی |  | تقدیه       |
| کدمحتوای آموزشی |  | مراقبت منزل |

|                                            |                                            |                                                                                |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| تحويل برگه خلاصه پرونده                    | ارائه بيمت آموزشی                          | اطلاع رسانی و اعلام نتایج معوقه تست ها و اقدامات پاراکلینیک به بیمار و همراهان |
| زمان و مکان مراجعه جهت پیگیری پس از ترخیص: | شماره تماس با بیمارستان جهت مشاوره:        | شماره تماس همراه بیمار:                                                        |
| نام و نام خانوادگی، مهرو امضاء پزشک معالج: | نام و نام خانوادگی، مهرو امضاء پرستار بخش: | نام و نام خانوادگی، اثر انگشت و امضاء بیمار:                                   |