



دانشگاه علوم پزشکی مشهد  
Mashhad University of Medical Science  
بیمارستان خاتم الانبیاء تایباد

### فرم آموزش به بیمار و خانواده در زمان ترخیص (مخصوص بیماران پلی هیدرآمنیوس)

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                            |                       |     |           |                     |              |              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----|-----------|---------------------|--------------|--------------|
| نام خانوادگی:                                 |                                                                                                                                                                                                                                            | نام:                  |     | بخش: زنان |                     | پزشک معالج:  |              |
| نام پدر:                                      |                                                                                                                                                                                                                                            | تاریخ تولد:           |     | اتاق:     |                     | تاریخ پذیرش: |              |
|                                               |                                                                                                                                                                                                                                            |                       |     | تخت:      |                     |              |              |
| آموزش نحوه مصرف دارو بعد از ترخیص توسط پزشک   |                                                                                                                                                                                                                                            |                       |     |           |                     |              |              |
| آموزش دارو                                    | نام دارو                                                                                                                                                                                                                                   | میزان و مدت زمان مصرف |     |           | نحوه صحیح مصرف دارو |              | امضاء پزشک   |
|                                               |                                                                                                                                                                                                                                            |                       |     |           |                     |              |              |
|                                               |                                                                                                                                                                                                                                            |                       |     |           |                     |              |              |
|                                               |                                                                                                                                                                                                                                            |                       |     |           |                     |              |              |
| آموزش نحوه مصرف دارو بعد از ترخیص توسط پرستار |                                                                                                                                                                                                                                            |                       |     |           |                     |              |              |
| آموزش دارو                                    | نام دارو                                                                                                                                                                                                                                   | میزان و مدت زمان مصرف |     |           | نحوه صحیح مصرف دارو |              | امضاء پرستار |
|                                               |                                                                                                                                                                                                                                            | صبح                   | ظهر | شب        |                     |              |              |
|                                               |                                                                                                                                                                                                                                            |                       |     |           |                     |              |              |
|                                               |                                                                                                                                                                                                                                            |                       |     |           |                     |              |              |
|                                               |                                                                                                                                                                                                                                            |                       |     |           |                     |              |              |
| تغذیه                                         | رژیم غذایی معمولی داشته باشید و غذاهای مقوی مثل حبوبات، عدسی، مغزیجات، گوشت قرمز، اسفناج و ... مصرف نمایید.                                                                                                                                |                       |     |           |                     |              |              |
| زخم                                           |                                                                                                                                                                                                                                            |                       |     |           |                     |              |              |
| پیگیری های پس از ترخیص                        | در صورت داشتن شروع انقباضات زودرس رحمی، تنگی نفس، ادم در اندام ها و دیواره شکم، بزرگ شدن غیر عادی رحم و شکم، تهوع و استفراغ، رفلکس معده و... مراجعه به پزشک داشته باشید                                                                    |                       |     |           |                     |              |              |
| سایر موارد آموزشی                             | پوشیدن لباس زیر پنبه ای، رعایت بهداشت فردی و تعویض زود به زود لباس زیر<br>توجه به علایم خطر ناشی از آن<br>استفاده مرتب داروهای تجویز شده توسط پزشک                                                                                         |                       |     |           |                     |              |              |
|                                               | زمان مراجعه مجدد به پزشک: یک هفته تا ده روز پس از ترخیص و یا در صورت بروز هرگونه مشکل و علایم خطر سریعاً به مراکز درمانی مراجعه نمایید و یا در صورت داشتن سوال با شماره تلفن 54523990 داخلی 221 (کلینیک آموزش سلامت) و یا 206 تماس بگیرید. |                       |     |           |                     |              |              |

امضاء و اثر انگشت بیمار یا همراه

مهر و امضاء پزشک:

مهر و امضاء پرستار: