



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

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |                       |     |       |                                                                        |              |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|-----|-------|------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| نام خانوادگی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          | نام:                  |     | بخش:  |                                                                        | 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    |                                                                        |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |                       |     |       | قبل از غذا □ بعد از غذا □ همراه غذا □ ناشتا □ موقع خواب □ با آب زیاد □ |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |                       |     |       | قبل از غذا □ بعد از غذا □ همراه غذا □ ناشتا □ موقع خواب □ با آب زیاد □ |              |              |
| غذاهای پر پروتئین مثل حبوبات، گوشت قرمز و سفید، ماهی، تخم مرغ و شیر مصرف نمایید                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |                       |     |       |                                                                        |              |              |
| تغذیه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                       |     |       |                                                                        |              |              |
| تعویض پانسمان روز درمیان به روش استریل<br>بالا تر بودن اندام قطع شده از سطح بدن هنگام خواب و استراحت<br>توجه به رنگ پوست (سیاه و قرمز و متورم بودن غیر طبیعی است) و ترشحات اطراف عضو قطع شده (ترشحات بدبو و چرکی غیر طبیعی است) و در صورت مشاهده سریعاً به پزشک خود مراجعه نمایید                                                                                             |          |                       |     |       |                                                                        |              |              |
| مراقبت زخم                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |                       |     |       |                                                                        |              |              |
| 1. گزگز و خواب رفتن عضو 2. تغییر رنگ پوست عضو قطع شده از حالت طبیعی به کبودی 3. ورم شدید عضو 4. ایجاد درد شدید بخصوص اگر درد با حرکت آن عضو بیشتر شد به پزشک مراجعه کنید.                                                                                                                                                                                                     |          |                       |     |       |                                                                        |              |              |
| پیگیری های پس از ترخیص                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                       |     |       |                                                                        |              |              |
| انجام فعالیت های روزانه و فیزیوتراپی بر حسب نیاز و نظر پزشک                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                       |     |       |                                                                        |              |              |
| سایر موارد آموزشی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                       |     |       |                                                                        |              |              |
| زمان مراجعه مجدد به پزشک: مراجعه دو هفته بعد به پزشک.<br>شماره بیمارستان: 05154523990 ، داخلی درمانگاه 402 کلینیک ویژه شبکه بهداشت تایباد روبروی بیمارستان.<br>یک هفته تا ده روز پس از ترخیص و یا در صورت بروز هرگونه مشکل و علائم خطر سریعاً به مراکز درمانی مراجعه نمایید و یا در صورت داشتن سوال با شماره تلفن 54523990 داخلی 221 (کلینیک آموزش سلامت) یا 239 تماس بگیرید. |          |                       |     |       |                                                                        |              |              |
| زمان مراجعه به پزشک                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |                       |     |       |                                                                        |              |              |

امضاء و اثر انگشت بیمار یا همراه

مهر و امضاء پزشک:

مهر و امضاء پرستار: