



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

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |     |       |                     |              |            |  |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----|-------|---------------------|--------------|------------|--|
| 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    |                     |              |            |  |
|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |     |       |                     |              |            |  |
|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |     |       |                     |              |            |  |
| تغذیه                                         | <p>در صورت تحمل رژیم مایعات (عدم سرفه در حین غذا خوردن نشانه تحمل رژیم غذایی نرم است)، رژیم غذایی کم نمک و کم چربی استفاده کنید.</p> <p>سبزیجات و میوه جات مصرف کنید.</p> <p>از ویتامین C و سایر آنتی اکسیدان ها (گوجه فرنگی، سس گوجه فرنگی، سبزیجات سرخ رنگ) استفاده کند</p>                                                                               |                       |     |       |                     |              |            |  |
| زخم                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>در صورت داشتن زخم بستر تغییر پوزیشن و ماساژ اندام ها انجام دهید</li> <li>تعویض پانسمان محل زخم بستر روزانه انجام دهید</li> </ul>                                                                                                                                                                                     |                       |     |       |                     |              |            |  |
| پیگیری های پس از ترخیص                        | <p>در صورت بروز علائم تنگی نفس در هنگام خوابیدن یا حمله تنگی نفس شبانه، کاهش سطح هوشیاری، اشکال در بلع ضعف و کرختی صورت و دست ها یا پاها به پزشک مراجعه شود</p> <p>جهت پیشگیری از زخم بستر تغییر پوزیشن هر دو ساعت و تعبیه تشک مواج مناسب برای بیمار توصیه می شود</p>                                                                                       |                       |     |       |                     |              |            |  |
| سایر موارد آموزشی                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>فعالیت مختصر فیزیکی در دو هفته اول بعد از ترخیص داشته باشید</li> <li>مصرف مرتب داروها و رعایت رژیم غذایی</li> <li>تغذیه بیمار در وضعیت نیمه نشسته انجام شود و در صورت بروز سرفه و تنگی نفس در حین تغذیه، غذا دادن متوقف و به بیمارستان و یا پزشک معالج مراجعه شود</li> </ul>                                         |                       |     |       |                     |              |            |  |
| مراجعه به پزشک                                | <p>مراجعه دو هفته بعد به پزشک.</p> <p>شماره بیمارستان: 05154523990 ، داخلی درمانگاه 402 کلینیک ویژه شبکه بهداشت تایباد روبروی بیمارستان.</p> <p>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) تماس بگیرید.</p> |                       |     |       |                     |              |            |  |