



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی مشهد
مرکز پژوهشی، آموزشی و درمانی امید

شماره پرونده: Unit No:

فرم آموزشهای ارائه شده به بیمار توده حنجره در زمان ترخیص توسط پزشک و پرستار

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
		Bed:	تخت:				
نحوه ارائه آموزش	توده حنجره						آموزش های ارائه شده به بیمار
چهره به چهره و مکتوب							مراقبت از زخم محل جراحی و عضو آسیب دیده
چهره به چهره و مکتوب	مصرف مایعات فراوان ، مصرف کافی از تمامی گروههای مواد غذایی شامل غلات و لبنیات پاستوریزه گوشت ماهی ، مرغ پخته شده ، میوه تازه و شسته شده						تغذیه
چهره به چهره و مکتوب	استراحت کافی ، فعالیت سبک مانند پیاده روی به صورت روزانه						فعالیت و استراحت
چهره به چهره و مکتوب	مصرف داروی ضد تهوع هر ۸ ساعت ، در صورت بدن درد از مسکن استفاده کنید.						میزان مدت زمان و نحوه صحیح مصرف دارو
چهره به چهره و مکتوب	عدم تماس با بیماران تب دار و عفونی ، جلوگیری از بروز ضربات شدید به بدن ، پرهیز از مراجعه به مکان های پر ازدحام ، شستشوی دستها با آب و صابون ، رعایت بهداشت فردی قبل از هر وعده غذایی در صورت بروز تب ، اسهال شدید ، کبودی و یا خونریزی ، تهوع و استفراغ غیر قابل کنترل به اورژانس و یا پزشک معالج خود مراجعه فرمایید.						سایر موارد آموزشی
چهره به چهره و مکتوب	آزمایشات خود را طبق دستور پزشک و کارشناسان بخش در زمان های مقرر انجام دهید. پس از اتمام دوره درمان شیمی درمانی تاریخ ویزیت پیگیری توسط پزشک برای بیمار تعیین و در کارت ترخیص شما ثبت میشود که توجه و پیگیری آن ضروری است و در همان زمان های مقرر شده حتما به پزشک خود مراجعه کنید.						پیگیری های پس از ترخیص
جهت دریافت خدمات آموزشی و سوالات احتمالی با کلینیک پرستاری آموزش سلامت در ارتباط باشید: ساعت فعالیت : همه روزه صبح ها ۸-۱۳ شماره تماس : ۴-۳۸۴۲۶۲۸۲ ، داخلی ۸۵۴۴ - ۸۶۲۲ روش های دسترسی به آموزش های مجازی بیمارستان : ۱. وب سایت بیمارستان به آدرس https://omid.mums.ac.ir/index.php/nursing-services/amoozesh-salamat/۴۳-uncategories/۴۷-brochure ۲. اسکن بارکد مقابل با نرم افزار بارکدخوان تلفن همراه و ورود مستقیم به صفحه مطالب آموزشی سایت بیمارستان							ارتباط با بیمارستان امید
امضا پرستار		امضا پزشک		اینجانب تأیید می نمایم که آموزش های فوق را دریافت نموده ام امضا یا اثر انگشت بیمار یا همراه بیمار			