



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 کلیه 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 کلیه			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	استفاده از غذاهای کم چرب ، مصرف مایعات کافی ، توجه به تغذیه کافی و در عین حال مراقب افزایش وزن باشید.			تغذیه
چهره به چهره و مکتوب	پیاده روی و انجام نرمش و تحرک کافی در حد توان ، مراقب باشید دچار چاقی و افزایش وزن نشوید.			فعالیت و استراحت
چهره به چهره و مکتوب	استفاده مرتب از داروهایی که برایتان تجویز شده است. استفاده از داروهای مسکن و ضد تهوع طبق دستور پزشک انجام شود.			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 ، استراحت کافی ، شست و شوی دست ها با آب صابون ، رعایت بهداشت فردی قبل از هر وعده غذایی			سایر موارد آموزشی
چهره به چهره و مکتوب	آزمایشات خود را طبق دستور پزشک در زمان مقرر انجام دهید. پس از اتمام دوره درمان شیمی درمانی تاریخ ویزیت پیگیری توسط پزشک برای بیمار تعیین و در کارت ترخیص شما ثبت می شود که توجه و پیگیری آن ضروری است و در همان زمان های مقرر شده حتما به پزشک خود مراجعه کنید. پیگیری مشاوره با متخصص قلب طبق دستور پزشک در صورت بروز تب ، ضایعات پوستی منتشر، ورم صورت و یا پا ، تنگی نفس و احساس ضعف بدنی شدید حتما پزشک خود را مطلع 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 :				ارتباط با بیمارستان امید
۱. وب سایت بیمارستان به آدرس https://omid.mums.ac.ir/index.php/nursing-services/amoozesh-salamat/۴۳-uncategories/۴۴۷-brochure ۲. اسکن بارکد مقابل با نرم افزار بارکدخوان تلفن همراه و ورود مستقیم به صفحه مطالب آموزشی سایت بیمارستان				
امضا پرستار		امضا پزشک		اینجانب تأیید می نمایم که آموزش های فوق را دریافت نموده ام امضا یا اثر انگشت بیمار یا همراه بیمار