



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 مغز در زمان ترخیص توسط پزشک و پرستار

نام خانوادگی: Family Name:		نام: Name:		بخش: Ward:		پزشک معالج: Attending Physician:	
نام پدر: Father Name:		تاریخ تولد: Date of Birth:		اتاق: Room:		تاریخ پذیرش: Date of Admission:	
				تخت: Bed:			
آموزش های ارائه شده به بیمار		توده مغز					
میزان مدت زمان و نحوه صحیح مصرف دارو		چهره به چهره و مکتوب					
تغذیه		مصرف کافی از تمامی گروههای مواد غذایی شامل غلات و لبنیات پاستوریزه ، گوشت ، ماهی ، مرغ پخته شده ، میوه تازه و شسته شده ، اگر رژیم های دارویی حاوی سیس پلاتین ، کربوپلاتین یا سایر داروهای نفروتوکسیک باشد مایعات بیشتری مصرف شود.					
فعالیت و استراحت		استراحت کافی ، فعالیت سبک مانند پیاده روی به صورت روزانه					
میزان مدت زمان و نحوه صحیح مصرف دارو		مصرف داروی ضد تهوع هر ۸ ساعت ، در صورت بدن درد از مسکن استفاده کنید.					
سایر موارد آموزشی		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.					
پیگیری های پس از ترخیص		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.					
ارتباط با بیمارستان امید		جهت دریافت خدمات آموزشی و سوالات احتمالی با کلینیک پرستاری آموزش سلامت در ارتباط باشید: ساعت فعالیت: همه روزه صبح ها ۱۳-۸ شماره تماس: ۳۸۴۲۶۲۸۲-۴ ، 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/۴۴۷-brochure ۲. اسکن بارکد مقابل با نرم افزار بارکدخوان تلفن همراه و ورود مستقیم به صفحه مطالب آموزشی سایت بیمارستان					
اینجانب تأیید می نمایم که آموزش های فوق را دریافت نموده ام		امضا پزشک		امضا پرستار			
امضا یا اثر انگشت بیمار یا همراه بیمار							