



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

دانشگاه علوم پزشکی مشهد
مرکز پژوهشی، آموزشی و درمانی امید

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

شماره پرونده: Unit No:

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	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	تغذیه
چهره به چهره و مکتوب	عدم انجام ورزشهای سنگین با فشار بر روی شکم ، انجام فعالیتهای سبک (پیاده روی و ...) از استراحت زیاد در بستر و خواب زیاد جداً پرهیز کنید ، ورزش های ملایم هوایی با دوستان بسیار مناسب است.
چهره به چهره و مکتوب	استفاده از مسکن طبق دستور پزشک مربوطه ، در صورت تهوع ، داروی ضد تهوع هر ۸ ساعت مصرف شود. استفاده از آنتی بیوتیک به طور منظم در صورت تجویز پزشک مربوطه
چهره به چهره و مکتوب	مدت زمان و نحوه 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 ، شست و شوی دست ها با آب و صابون ، رعایت بهداشت فردی قبل از هر وعده غذایی
چهره به چهره و مکتوب	سایر موارد آموزشی
چهره به چهره و مکتوب	انجام آزمایشات سریال (متوالی) که در زمان ترخیص تعیین می شود و مراجعه در موعد مقرر جهت ویزیت مجدد مراجعه مجدد در صورت بروز علائم شدید (تب ، خونریزی شدید ، سردرد شدید همراه با کاهش بینایی ، کاهش سطح هوشیاری)
چهره به چهره و مکتوب	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 ۱۳-۸ شماره تماس : ۳۸۴۲۶۲۸۲-۴ ، داخلی ۸۵۴۴ - ۸۶۲۲

روش های دسترسی به آموزش های مجازی بیمارستان :



- وب سایت بیمارستان به آدرس
<https://omid.mums.ac.ir/index.php/nursing-services/amoozesh-salamat/۴۳-uncategories/۴۷-brochure>
- 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
-------------	-----------	--