



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 سارکوم 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	سارکوم	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 کافی و مصرف مایعات فراوان
چهره به چهره و مکتوب	انجام فعالیت های ورزشی و تحرک در حد توان برای حفظ سلامتی شما تاکید می شود. در صورتی که محل بیماری اندام های تحتانی است باید مراقب باشید که سر پا بودن طولانی مدت ممکن است موجب ورم در اندام مبتلا شود.	فعالیت و استراحت
چهره به چهره و مکتوب	استفاده مرتب از داروهایی که برایتان تجویز شده است. استفاده از داروهای مسکن یا 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 در صورت بروز تب ، اسهال شدید ، کبودی و یا خونریزی ، تهوع و استفراغ غیر قابل کنترل به اورژانس یا پزشک مراجعه کنید	سایر موارد آموزشی
چهره به چهره و مکتوب	مراقبت از پوست در ناحیه بیماری خصوصا در موضع زخم جراحی اهمیت زیادی دارد. باید مراقب التهاب پوست در این ناحیه باشید. از فشار یا ضربه به ناحیه بیماری خودداری نمایید. در صورت بروز تورم در ناحیه بیماری(خصوصا اگر در اندام های تحتانی است) یا بروز تغییرات پوستی حتما پزشک خود را مطلع نمایید.	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 :



- وب سایت بیمارستان به آدرس
<https://omid.mums.ac.ir/index.php/nursing-services/amoozesh-salamat/۴۳-uncategories/۴۴۷-brochure>
- اسکن بارکد مقابل با نرم افزار بارکدخوان تلفن همراه و ورود مستقیم به صفحه مطالب آموزشی
سایت بیمارستان

ارتباط با بیمارستان امید

اینجانب تأیید می نمایم که آموزش های فوق را دریافت نموده ام	امضا پزشک	امضا پرستار
امضا یا اثر انگشت بیمار یا همراه بیمار		