



## بیمارستان و زایشگاه بنت الهدی

### فرم آموزش های ارائه شده به بیمار در زمان ترخیص توسط پزشک

( آب مروارید - کاتاراکت )

شماره پرونده: Unit Number:
----------------------------

Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Attending Physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father's Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

آموزش های زمان ترخیص توسط پزشک			
نحوه ارائه آموزش	نحوه صحیح مصرف دارو	میزان و مدت زمان مصرف	نام دارو
چهره به چهره و مکتوب			آموزش دارو
چهره به چهره و مکتوب			
چهره به چهره و مکتوب			
چهره به چهره و مکتوب			
چهره به چهره و مکتوب			
چهره به چهره و مکتوب	رژیم معمولی - روال گذشته		تغذیه
چهره به چهره و مکتوب	- شیلد محافظ چشمی را تا زمان رفتن به مطب حفظ نمائید و سپس از پزشک معالج سوال نمائید. - از آسیب رسیدن به چشم اجتناب نمائید. - شستشوی صورت و استحمام حتماً با نظر پزشک معالج انجام دهید.		مراقبت از زخم، محل جراحی و عضو آسیب دیده
چهره به چهره و مکتوب	- درد شدید چشم، قرمزی زیاد چشم - خونریزی از محل عمل - اختلال شدید در بینایی - تب بیشتر از 37/5 درجه		علائم هشدار (پیگیری های پس از ترخیص)
چهره به چهره و مکتوب	- با هماهنگی جراح عصر روز عمل و یا فردای روز عمل به مطب مراجعه نمائید. - پس از استفاده قطره های چشمی شیلد محافظ چشم را بر روی چشم قرار دهید. - بهداشت چشم خود را رعایت نمائید و چشم خود را مالش ندهید.		سایر موارد آموزشی

اینجانب ..... تائید می نمایم که آموزش های فوق را دریافت نموده ام.

امضاء یا اثر انگشت بیمار یا همراه بیمار



## بیمارستان و زایشگاه بنت الهدی

فرم آموزش های ارائه شده به بیمار در زمان ترخیص توسط پرستار  
(آب مروارید - کاتاراکت)

Date of Admission: تاریخ پذیرش:		Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:	Unit Number: شماره پرونده:
Attending Physician: پزشک معالج:		Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father's Name: نام پدر:	
		Bed: تخت:			

آموزش های زمان ترخیص توسط پرستار						
امضاء پرستار	نحوه صحیح مصرف دارو	میزان و مدت زمان مصرف			نام دارو	آموزش دارو
		صبح	ظهر	شب		
	قبل از غذا ⑨ بعد از غذا ⑨ همراه غذا ⑨ ناشتا ⑨ موقع خواب ⑨ با آب زیاد ⑨					
	قبل از غذا ⑨ بعد از غذا ⑨ همراه غذا ⑨ ناشتا ⑨ موقع خواب ⑨ با آب زیاد ⑨					
	قبل از غذا ⑨ بعد از غذا ⑨ همراه غذا ⑨ ناشتا ⑨ موقع خواب ⑨ با آب زیاد ⑨					
	قبل از غذا ⑨ بعد از غذا ⑨ همراه غذا ⑨ ناشتا ⑨ موقع خواب ⑨ با آب زیاد ⑨					
		رژیم معمولی - روال گذشته				تغذیه
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- شیلد محافظ چشمی را تا زمان رفتن به مطب حفظ نمایید و سپس از پزشک معالج سوال نمایید.</li> <li>- از آسیب رسیدن به چشم اجتناب نمایید.</li> <li>- شستشوی صورت و استحمام حتماً با نظر پزشک معالج انجام دهید.</li> </ul>				مراقبت از زخم، محل جراحی و عضو آسیب دیده
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- درد شدید چشم، قرمزی زیاد چشم</li> <li>- خونریزی از محل عمل</li> <li>- اختلال شدید در بینایی</li> <li>- تب بیشتر از 37/5 درجه</li> </ul>				علائم هشدار (پیگیری های پس از ترخیص)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- با هماهنگی جراح عصر روز عمل و یا فردای روز عمل به مطب مراجعه نمایید.</li> <li>- پس از استفاده قطره های چشمی شیلد محافظ چشم را بر روی چشم قرار دهید.</li> <li>- بهداشت چشم خود را رعایت نمایید و چشم خود را مالش ندهید.</li> </ul>				سایر موارد آموزشی

تائيد و امضاء پرستار