



فرم آموزش به بیمار ان سرپائی

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی:

بخش: <input type="checkbox"/> زایشگاه <input type="checkbox"/> اورژانس		پزشک معالج:									
سن:		تشخیص فعلی:									
میزان تحصیلات بیمار: بی سواد <input type="checkbox"/> زیر دیپلم <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس و بالاتر <input type="checkbox"/> رشته تحصیلی											
مشخصات آموزش گیرنده: بیمار <input type="checkbox"/> همراه بیمار <input type="checkbox"/> نام و نام خانوادگی: نسبت وی با بیمار:											
سابقه حساسیت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> حساسیت به: بیماری زمینه ای: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع بیماری:											
موانع ارتباطی: نایبنا <input type="checkbox"/> معلولیت جسمی <input type="checkbox"/>											
مهر و امضاء آموزش دهنده	آموزش گیرنده		تاریخ و ساعت	شیفت			ابزار و روش آموزش			چهره به چهره	
	بیمار	همراه		صبح	عصر	شب	پمفلت آموزشی	فیلم	پرسش و پاسخ		
											آشنایی با منشور حقوق بیمار
											آشنایی با محیط فیزیکی و مقررات بخش و بیمارستان
											معرفی پزشک و پرستار
											اهمیت دستبند شناسایی
											آموزش در مورد بیماری، علائم، عوارض، درمان و مراقبت از خود
											رژیم غذایی
											مراقبت از سوندها و اتصالات
نام دارو		زمان مصرف		میزان مصرف		آشنایی با عوارض دارویی و آموزش های لازم		مصرف داروها			
آیا بیمار قادر به انجام فعالیتهای زیر می باشد؟											
فعالیت	رانندگی	نشستن در ماشین	بالا رفتن از پله	بلند کردن اشیاء سنگین	پیاده روی	ورزش	حمام	انجام کارهای شخصی	بله / خیر		
آموزش شیوه های کنترل و مدیریت درد در صورت نیاز <input type="checkbox"/> نحوه استفاده ایمن و موثر از تجهیزات پزشکی و وسایل کمک درمانی (واکر، ویلچر، عصا، آسم یار، تشک مواج و...) <input type="checkbox"/> مراقبت های خاص: استومی <input type="checkbox"/> زخم بستر <input type="checkbox"/> و تاریخ ترخیص: نحوه ترخیص: با دستور پزشک <input type="checkbox"/> با رضایت شخصی <input type="checkbox"/>											
بیمار بعد از ترخیص ارجاع به: مشاوره پزشکی با متخصص: دکتر: مورد دیگر: مدارک بیمار شامل: تحویل خانم / آقای: داده شد. امضاء: آموزش گیرنده بیمار / همراه: پرستار بخش: خانم / آقا: پزشک بخش: مهر و امضاء: مهر و امضاء: مهر و امضاء:											

شماره تماس:

آدرس سایت: