



فرم آموزش به بیمار و خانواده در زمان ترخیص

شماره پرونده: Unit No:

آپاندیسیت

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

مراقبتهای پرستاری		آموزش های پزشکی	
	نحوه صحیح مصرف دارو	میزان و مدت زمان مصرف	نام دارو
حتی اگر احساس بهبودی داشتید و دارو ها را قطع نکنید تا دوره درمان کامل شود			

آموزشهای پزشکی	آموزشهای پرستاری	آموزشهای سایر کارکنان (فیزیوتراپیست)	
رژیم غذایی	رژیم غذایی در منزل: مواد غذایی حاوی ویتامین C و فیبر بیشتر و عدم مصرف آب میوه های صنعتی عدم مصرف غذاهای نفاخ	دارد (فرم ارائه شده است) نیاز ندارد	
وضعیت حرکتی	کودک در منزل با کمک و حمایت جهت پیشگیری از یبوست راه برود عدم انجام فعالیت و ورزش های سنگین	دارد (فرم ارائه شده است) نیاز ندارد	

آموزشهای پرستاری	
✧ مراقبت از نظر وجود علائم عفونت مانند بروز تب، خروج چرک یا ترشح از ناحیه عمل، قرمزی و التهاب ناحیه عمل ✧ در صورت بروز علائم مراجعه به درمانگاه جراحی ✧ پیشگیری از آلوده شدن محل عمل ✧ پیشگیری از وارد آمدن ضربه به ناحیه عمل ✧ حمام کردن کودک ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از عمل و برداشتن پانسمان در حمام و شستشوی محل با آب و شامپوی ساده و عدم استفاده از الکل و بتادین در محل ✧ استفاده از آنتی بیوتیک و مسکن طبق دستور در منزل	سایر آموزشهای مهم (علائم خطر و...)
تاریخ مراجعه بعدی به پزشک معالج: ۷ تا ۱۰ روز بعد از عمل به درمانگاه جراحی مراجعه کند. طبقه نوبت گیری اینترنتی یا حضوری می باشد	مراجعه بعدی به پزشک معالج (تاریخ، مکان، مدارک مورد نیاز)
تلفن و زمان تماس با کلینیک آموزش سلامت: 05137269021-202 همه روزه بجز ایام تعطیل ۱۲ صبح الی ۱۸ آدرس: خراسان رضوی، مشهد، میدان توحید، خیابان دکتر شیخ، بیمارستان فوق تخصصی کودکان دکتر شیخ تلفن: ۵-۰۵۱۳۷۲۶۹۰۲۱ پست الکترونیک: Sheikh.hos@mums.ac.ir	مراجعه به کلینیک آموزش سلامت (تاریخ، مکان، مدارک مورد نیاز)
کلینیک پرستاری آموزش سلامت واقع در درمانگاه	بخش
روشهای دسترسی به آموزش مجازی بیمارستان دکتر شیخ • مراجعه به وب سایت بیمارستان لینک آموزش به بیمار از طریق آدرس https://sheikh.mums.ac.ir/education/patient-education • اسکن کد با نرم افزار بار کد خوان و ورود مستقیم به صفحه مطالب آموزشی	
 	

اینجانبتایید می نمایم که آموزشهای فوق را دریافت نموده ام.

امضاء یا اثر انگشت بیمار یا همراه بیمار	تایید و امضاء پزشک	تایید و امضاء پرستار	تایید و امضاء کارشناس تغذیه	تایید و امضاء فیزیوتراپیست
---	--------------------	----------------------	-----------------------------	----------------------------