ll

**فرم آموزش به بیمار بستری**

**Patient Education Sheet**

دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

معاونت امور درمان- دفتر امور پرستاری

ذکر ساعت و تاریخ و مهر و امضاء آموزش دهنده و آموزش گیرنده در هر مرحله(حین پذیرش، طول بستری، حین ترخیص) الزامی میباشد.



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| تاریخ پذیرش:  | پزشگ معالج:  | نام و نام خانوادگی:  |
| تاریخ ترخیص:  | تشخیص:  | سن:  |
| میزان تحصیلات بیمار بی سواد 🖵 زیر دیپلم 🖵 دیپلم 🖵 لیسانس و بالاتر 🖵 رشته تحصیلی: |
| نحوه ورود بیمار به بخش: خود بیمار 🖵 با کمک همراه 🖵 بابرانکارد 🖵 باویلچر 🖵 |
| وجود موانع ارتباطی جهت آموزش: معلولیت جسمی 🖵 معلولیت ذهنی 🖵 فرهنگی 🖵 مذهبی 🖵 گویش🖵 |
| تاریخ /مهروامضا پرستار | ارائه پمفلت راهنمای بیمارستان 🖵 ارائه پمفلت راهنما و قوانین بخش 🖵 معرفی پزشک معالج 🖵 معرفی پرستار 🖵 معرفی مسئول بخش🖵 معرفی اتاق و تخت 🖵 معرفی محل قبله 🖵محل سرویس بهداشتی 🖵زنگ احضار پرستار 🖵 توضیح پوزیشن مناسب 🖵 | **آموزش حین پذیرش پرستار** |
|  |
| تاریخ /مهروامضا پرستار | **ابزار و روش آموزش** | معرفی نوع بیماری🖵 تغذیه و رژیم غذایی🖵 تکنیک های بازتوانی 🖵 زمان،مقدار و عوارض دارو 🖵 توصیه های ایمنی(پیشگیری از سقوط از تخت،عدم دستکاری لوله و اتصالات بیمار و ....)🖵توضیح پوزیشن مناسب 🖵 | **آموزش طول بستری پرستار** |
| امضاء و اثر انگشت بیمار/همراه بیمار | پمفلت | چهره به چهره |
|  |  |  | سایر عناوین آموزشی |
|  |  |  |
|  |  |  |
| تاریخ/مهروامضا پزشک | توضیح نوع بیماری 🖵 معرفی روش جایگزین درمان🖵 توضیح پیامد احتمالی ناشی از درمان 🖵 رضایت آگاهانه🖵 پاسخ به سئوالات بیمار 🖵 معرفی پزشک معالج 🖵  | **آموزش طول بستری پزشک** |
|  |
| تاریخ/مهروامضا پرستار | **ابزار و روش آموزش** | علایم هشدار دهنده 🖵 نحوه تزریق انسولین🖵 میزان فعالیت 🖵 نحوه پانسمان و مراقبت از زخم 🖵 طرز استفاده از اسپری🖵 تکنیک بازتوانی 🖵 انجام آزمایشات دوره ای 🖵 برنامه خود مراقبتی ( استحمام و... ) 🖵 تغذیه و رژیم غذایی 🖵 میزان، مدت و نحوه مصرف دارو 🖵مراجعات بعدی 🖵  | **آموزش حین ترخیص پرستا**ر |
| امضاء و اثر انگشت بیمار/همراه بیمار | پمفلت | چهره به چهره |
|  |  |
|  |  |  | سایر عناوین آموزشی |
|  |  |  |
|  |  |  |
| تاریخ/مهروامضا پزشک | توصیه ها و مراقبت های لازم در منزل:علائم و نشانه های هشدار: تغذیه و رژیم غذایی: | **آمورش حین ترخیص پزشک** |
| امضاءواثرانگشت بیمار/همراه بیمار |
| نحوه صحیح مصرف | مدت مصرف | میزان مصرف | نام دارو |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| نحوه خروج بیمار از بخش: خود بیمار 🖵 با کمک همراه 🖵 با برانکارد 🖵 با ویلچر 🖵 |
| توصیه های مربوط به تحویل نسخه دارویی بعد از ترخیص، زمان و مکان مراجعه جهت پیگیری، انجام آزمایشات درخواستی(دوره ای)، اعلام نتایج آزمایشات به پزشک معالج، نحوه مراقبت از زخم های جراحی(زمان کشیدن بخیه)، استراحت و فعالیت ها، ممنوعیت ها ، تکنیک های باز توانی | توصیه ها و مراقبت های لازم در منزل شامل: |
| توصیه های مربوط به مصرف غذاهای مجاز و غیر مجازنام و نام خانوادگی بیمار/ همراه نام و نام خانوادگی پزشگ معالج نام و نام خانوادگی­سرپرستار/­مسئول­شیفتتاریخ/امضاء/اثر انگشت تاریخ/امضاء تاریخ/ امضاء | تغذیه و رژیم غذایی: |

نام و نام خانوادگی بیمار/ همراه نام و نام خانوادگی پزشگ معالج نام و نام خانوادگی­سرپرستار/­مسئول­شیفت

 تاریخ/امضاء/اثر انگشت تاریخ/امضاء/اثر انگشت تاریخ/ امضاء/اثر انگشت