

|                                     |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                     |    |
|-------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------|----|
| نام خانوادگی :                      | نام :        | بخش :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | شماره تماس بخش: |                     |    |
| نام پدر :                           | تاریخ تولد : |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ۰۳۸۳۱۱۰ .....   |                     |    |
| آموزش زمان ترخیص توسط پزشک و پرستار |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                     |    |
| آموزش دارو                          | نام دارو     | میزان و مدت زمان مصرف                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 | نحوه صحیح مصرف دارو |    |
|                                     |              | صبح                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ظهر             |                     | شب |
|                                     |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                     |    |
|                                     |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                     |    |
|                                     |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                     |    |
|                                     |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                     |    |
|                                     |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                     |    |
|                                     |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                     |    |
|                                     |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                     |    |
| تغذیه                               |              | <p>- با نظر پزشک و کارشناس تغذیه، از رژیم غذایی سالم و متعادل حاوی میوه و سبزیجات استفاده کنید.</p> <p>- به میزان کافی در طول روز مایعات بخصوص آب بنوشید.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                     |    |
| مراقبت های پزشکی و پرستاری در منزل  |              | <p>- روز اول پس از عمل به طور مطلق استراحت کنید.</p> <p>- زمان مجاز برای انجام فعالیتهای جنسی را از پزشک خود بپرسید.</p> <p>- تا زمان اجازه ی پزشک از رانندگی کردن اجتناب کنید.</p> <p>- از استعمال سیگار و سایر دخانیات اجتناب کنید.</p> <p>- از بلند کردن اجسام سنگین اجتناب کنید.</p> <p>- در طول روز به میزان کافی استراحت کنید و از انجام فعالیتهایی که باعث خستگی شما میشوند، اجتناب کنید.</p> <p>- زمان بازگشت به فعالیتهای روزمره مانند ورزش، رفتن سر کار و رابطه ی جنسی را از پزشک خود بپرسید.</p> <p>- داروهای تجویز شده توسط پزشک را به طور منظم و دقیق مصرف کنید.</p> <p>- جلسات ملاقات با پزشکتان را دنبال کنید</p> |                 |                     |    |

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| سایر موارد آموزشی                                                                   |                                                                                                                                                                                                                  |
| پیگیری های پس از<br>ترخیص و مکان و زمان<br>مراجعه به پزشک                           | در صورت داشتن موارد زیر به بیمارستان مراجعه نمایید<br>- درد یا گرفتگی شدید شکمی<br>- خونریزی واژن در محل عمل نشت مایع از محل عمل<br>- تب<br>- احساس تغییر در حرکات جنین<br>- در صورت بروز دیگر علائم نگران کننده |
| اعلام نتایج تستهای<br>پاراکلینیک بیمار                                              | برای پیگیری جواب آزمایشات و یا نتایج پاراکلینیک در زمان مقرر به واحد آزمایشگاه و یا پاتولوژی مراجعه نمایید                                                                                                       |
| جهت دسترسی به همه مطالب آموزشی در سایت بیمارستان ، QR code روبرو را اسکن نمایید     |                                                                                                                                                                                                                  |
|  |                                                                                                                                                                                                                  |