



# فرم آموزش به بیمار



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

Attending Physician: <b>پزشک معالج:</b>	Ward: <b>بخش:</b>	Name & Family: <b>نام و نام خانوادگی:</b>	Unit number: <b>شماره پرونده:</b>
Date of Admission: <b>تاریخ پذیرش:</b>	Room: <b>اتاق:</b>	Date of Birth: <b>تاریخ تولد:</b>	Father's Name: <b>نام پدر:</b>
	Bed: <b>تخت:</b>		
	Diagnosis: <b>تشخیص:</b>		
شغل:		موانع ارتباطی ( معلولیت‌ها، عوامل فرهنگی - اجتماعی):	رشته تحصیلی:
میزان تحصیلات بیمار:			

علت بستری:

حساسیت دارویی:  ندارد  دارد حساسیت غذایی:  ندارد  دارد بیماری زمینه‌ای:  ندارد  دارد

نام و نام خانوادگی و امضا آموزش گیرنده	مهر و امضا آموزش دهنده ساعت و تاریخ آموزش	عنوان آموزش		آموزش بلو پذیرش
		تحویل پمفلت معرفی بخش <input type="checkbox"/>	معرفی اتاق و تخت <input type="checkbox"/>	
		آموزش در خصوص لزوم بستن دستبند شناسایی <input type="checkbox"/>	معرفی پزشک معالج و پرسنل بخش <input type="checkbox"/>	
		آموزش در خصوص نحوه استفاده از سیستم احضار پرستار <input type="checkbox"/>	آموزش در خصوص هزینه‌های قابل پیش‌بینی <input type="checkbox"/>	
		آموزش در زمینه حفظ ایمنی بیمار ( پیشگیری از بروز زخم بستر ، آموزش در زمینه پیشگیری از خطر سقوط و ... ) <input type="checkbox"/>		

نام و نام خانوادگی و امضا آموزش گیرنده	مهر و امضا آموزش دهنده ساعت و تاریخ آموزش	ابزار و روش آموزش			عنوان آموزش	آموزش حین بستری
		سایر موارد	پمفلت	شفاهی		
						توسط پرستار بیمار تکمیل شود.
						توسط کارشناس تغذیه تکمیل شود.
						توسط پرسنل واحدهای پاراکلینیک تکمیل شود.

نام و نام خانوادگی و امضا آموزش گیرنده	مهر و امضا آموزش دهنده ساعت و تاریخ آموزش	ابزار و روش آموزش			عنوان آموزش	آموزش حین ترخیص
		سایر موارد	پمفلت	شفاهی		
						داروهای مصرفی
						تغذیه
						مراقبت از خود
						سایر موارد
						تاریخ مراجعه بعدی به پزشک