دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

مرکز پزشکی آموزشی درمانی .....

فرم آموزش به بیمار در هنگام ترخیص

Date of Admission: تاریخ پذیرش:			Unit Number: شماره پرونده:
Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Final Diagnosis: تشخیص نهایی:	Room: اتاق: Bed: تخت:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:

توصیه های دارویی حین ترخیص پزشک:

ردیف	نام دارو	مقدار مصرف	زمان مصرف	توضیحات
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				

سایر توصیه های حین ترخیص پزشک (تغذیه، مراقبت در منزل، پیگیری، ...)

زمان و مکان مراجعه جهت پیگیری پس از ترخیص:	مهر و امضای پزشک	امضاء و اثر انگشت بیمار

توصیه های حین ترخیص پرستار:

توصیه های مربوط به تغذیه و رژیم درمانی:

.....

.....

.....

.....

.....

توصیه های مربوط به مراقبت در منزل

.....

.....

.....

.....

.....

اطلاع رسانی و اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیمار / همراهان:	مهر و امضای پرستار	امضاء و اثر انگشت بیمار