



کد فرم: PAR- 2
تاریخ بازنگری: ۹۶/۵/۱۴
بازنگری بعدی: ۹۷/۵/۱۴

مرکز آموزشی درمانی الزهراء (س) - تبریز
(فرم آموزش به بیمار حین ترخیص در بخش های بستری زنان)



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

عناوین آموزشی		
آموزش حین ترخیص توسط پزشک	آموزش در خصوص رژیم غذایی بیمار ☐ بله ☐ خیر توضیحات:	
	آموزش در خصوص داروهای مصرفی در منزل ☐ بله ☐ خیر توضیحات:	
	آموزش در خصوص وضعیت حرکتی بیمار در منزل ☐ بله ☐ خیر توضیحات:	
	آموزش در خصوص زمان و مکان مراجعه بعدی به پزشک ☐ بله ☐ خیر توضیحات:	
	سایر موارد:	
	تاریخ آموزش:	مهر و امضای آموزش دهنده (پزشک)
آموزش های حین ترخیص پرستار	آموزش در خصوص رژیم غذایی بیمار: ☐ بله ☐ خیر توضیحات تکمیلی در صورت نیاز:	
	آموزش در خصوص داروهای مصرفی در منزل: ☐ بله ☐ خیر توضیحات تکمیلی در صورت نیاز:	
	آیا نسخه دارویی بیمار توسط پزشک در دفترچه ثبت شده است؟ ☐ بله ☐ خیر آموزش در خصوص وضعیت حرکتی بیمار در منزل: ☐ بله ☐ خیر توضیحات تکمیلی در صورت نیاز:	
	آموزش در خصوص زمان و مکان مراجعه بعدی به پزشک: ☐ بله ☐ خیر توضیحات تکمیلی در صورت نیاز:	
	سایر آیتم ها طبق حداقل محتوای آموزشی ابلاغی بخش مربوطه آموزش داده شد: ☐ بله ☐ خیر	
	آموزش های سوپروایزر کنترل عفونت (در صورت نیاز)	
	آیا جزوات و پمفلت های آموزشی به بیمار تحویل داده شد؟ ☐ بله ☐ خیر عنوان پمفلت:	
	تاریخ آموزش:	مهر و امضای آموزش دهنده (پرستار)
مهر و امضای تایید سرپرستار:		