



کد فرم: PAR - 5
تاریخ بازنگری: ۹۶/۵/۱۴
بازنگری بعدی: ۹۷/۵/۱۴



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

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 داروهای مصرفی	بله ☐ خیر ☐ توضیحات:
	آموزش در خصوص مراقبت از نوزاد	بله ☐ خیر ☐ توضیحات:
	آموزش در خصوص زمان و مکان مراجعه بعدی	بله ☐ خیر ☐ توضیحات:
	آموزش در خصوص علائم خطر	بله ☐ خیر ☐ توضیحات:
	سایر موارد:	
تاریخ آموزش:	مهر و امضای آموزش دهنده (پزشک)	امضا یا اثر انگشت بیمار:
آموزش های حین ترخیص پرستار	۱. آموزش در خصوص تداوم شیردهی	بله ☐ خیر ☐
	توضیحات تکمیلی در صورت نیاز:	
	۲. آموزش در خصوص داروهای مصرفی:	بله ☐ خیر ☐
	توضیحات تکمیلی در صورت نیاز:	
	۳. آموزش در خصوص مراقبت از نوزاد (مراقبت آغوشی، حمام در منزل، ماساژ نوزاد، نحوه مراقبت نوزاد، ...)	بله ☐ خیر ☐
	توضیحات تکمیلی در صورت نیاز:	
	۴. آموزش در خصوص مراجعه به متخصص نوزادان در درمانگاه بیمارستان الزهراء ۴۸ ساعت پس از ترخیص	بله ☐ خیر ☐
	توضیحات تکمیلی در صورت نیاز:	
	۵. آموزش در خصوص علائم خطر (تب، بی حالی، شیر نخوردن، استفراغ، زردی)	بله ☐ خیر ☐
	توضیحات تکمیلی در صورت نیاز:	
۶. آموزش در خصوص مراجعه به مراکز بهداشتی انجام آزمایش تیروئید و پیگیری جواب	بله ☐ خیر ☐	
توضیحات تکمیلی در صورت نیاز:		
۷. آموزش در خصوص مراجعه به متخصص چشم ۲۸ روز پس از تولد	بله ☐ خیر ☐	
توضیحات تکمیلی در صورت نیاز:		
۸. آموزش در خصوص انجام شنوایی سنجی دو ماه بعد از اولین شنوایی سنجی	بله ☐ خیر ☐	
توضیحات تکمیلی در صورت نیاز:	 /	
سایر آیتم ها طبق حداقل محتوای آموزشی ابلاغی بخش مربوطه آموزش داده شد: بله ☐ خیر ☐		
.....		
آیا جزوات و پمفلت های آموزشی به بیمار تحویل داده شد؟ بله ☐ خیر ☐ عنوان پمفلت:		
تاریخ آموزش:	مهر و امضای آموزش دهنده (پرستار)	امضا یا اثر انگشت بیمار:
مهر و امضای تایید سرپرستار:		