

مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان

شماره پرونده: Unit Number:		فرم آموزش به بیمار										شماره ملی: National Code:									
نام خانوادگی: Family Name:		نام: Name:		بخش: Ward:		پزشک معالج: Attending Physician:		تاریخ تولد: Date of Birth:		تاریخ پذیرش: Date of Admission:											
نام پدر: Father Name:		تاریخ تولد: Date of Birth:		اتاق: Room:		تخت: Bed:		تاریخ پذیرش: Date of Admission:		پزشک معالج: Attending Physician:											
تحصیلات:		علت بستری:		تمایل به یادگیری:		توانایی یادگیری:		موانع یادگیری:		بی سواد ☐ زیر دیپلم ☐ دیپلم ☐ دانشگاهی ☐											
نوع آموزش		محتوای آموزش										روش آموزشی		رسانه		اثربخشی		آموزش دهنده		آموزش گیرنده	
آموزش بدو ورود		آشنایی با پزشک معالج، پرستار و سایر ارائه دهندگان خدمت										سایر (نام ببرید)		پروتکل		فیلم		نام و سمت:		امضا یا اثر انگشت	
		آشنایی با محیط فیزیکی و تجهیزات (اهرم تخت، حمام، دستشویی، پله فرار و ...)										سایر (نام ببرید)		پروتکل		فیلم		مهر و امضاء:		تاریخ:	
		آشنایی با مقررات بخش (دستبند بیمار، ساعت ملاقات، ساعت غذا، مقررات همراه و ...)										سایر (نام ببرید)		پروتکل		فیلم		مهر و امضاء:		تاریخ:	
		آموزش لازم در خصوص ایمنی بیمار (پیشگیری از خطر سقوط و ...)										سایر (نام ببرید)		پروتکل		فیلم		مهر و امضاء:		تاریخ:	
		آشنایی با هزینه های درمان و منشور حقوقی بیماران										سایر (نام ببرید)		پروتکل		فیلم		مهر و امضاء:		تاریخ:	
		سایر (نام ببرید)										سایر (نام ببرید)		پروتکل		فیلم		مهر و امضاء:		تاریخ:	
آموزش هنگام بستری		آموزش در خصوص بیماری، درمان و مراقبت مورد نیاز										سایر (نام ببرید)		پروتکل		فیلم		نام و سمت:		امضا یا اثر انگشت	
		آموزش در خصوص روش یا روش های جایگزین درمانی										سایر (نام ببرید)		پروتکل		فیلم		مهر و امضاء:		تاریخ:	
		آموزش در خصوص پیامدهای احتمالی ناشی از درمان										سایر (نام ببرید)		پروتکل		فیلم		مهر و امضاء:		تاریخ:	
		آموزش رژیم غذایی و میزان فعالیت و نحوه استراحت										سایر (نام ببرید)		پروتکل		فیلم		مهر و امضاء:		تاریخ:	
		آموزش مراقبت های قبل از عمل / اقدامات تشخیصی درمانی										سایر (نام ببرید)		پروتکل		فیلم		مهر و امضاء:		تاریخ:	
		آموزش مراقبت های بعد از عمل / اقدامات تشخیصی درمانی										سایر (نام ببرید)		پروتکل		فیلم		مهر و امضاء:		تاریخ:	
آموزش هنگام ترخیص		پزشک		نام دارو		میزان و مدت زمان مصرف دارو		نحوه صحیح مصرف دارو		مهر و امضاء:		نام و سمت:		امضا یا اثر انگشت							
				نام دارو		میزان و مدت زمان مصرف دارو		نحوه صحیح مصرف دارو		مهر و امضاء:		نام و سمت:		امضا یا اثر انگشت							
				نام دارو		میزان و مدت زمان مصرف دارو		نحوه صحیح مصرف دارو		مهر و امضاء:		نام و سمت:		امضا یا اثر انگشت							
		پرستار		نام دارو		میزان و مدت زمان مصرف دارو		نحوه صحیح مصرف دارو		مهر و امضاء:		نام و سمت:		امضا یا اثر انگشت							
				نام دارو		میزان و مدت زمان مصرف دارو		نحوه صحیح مصرف دارو		مهر و امضاء:		نام و سمت:		امضا یا اثر انگشت							
				نام دارو		میزان و مدت زمان مصرف دارو		نحوه صحیح مصرف دارو		مهر و امضاء:		نام و سمت:		امضا یا اثر انگشت							
زمان و مکان مراجعه جهت پیگیری پس از ترخیص:														امضا یا اثر انگشت بیمار:							
اطلاع رسانی و اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیمار و همراهان:																					