شماره پرونده:	**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی گلستان** **بیمارستان آل جلیل آق قلا** **فرم آموزش به بیماران(پرستار)**	**کد :** **شماره صفحه:۱ از ۲**

نام و نام خانوادگی :	سن بیمار :	علت بستری :
نام پدر :	سطح و رشته تحصیلی :	تاریخ پذیرش :
پزشک معالج :	موارد خاص بیماری :	تاریخ ترخیص :

ارزیابی توان و تمایل بیمار برای یادگیری

–میزان اطلاعات بیمار / همراه وی از بیماری: زیاد ☐ متوسط ☐ کم ☐ – سطح نیاز آموزشی بیمار : زیاد ☐ متوسط ☐ کم ☐

–تمایل بیمار /همراه وی جهت آموزش: زیاد ☐ متوسط ☐ کم ☐ – توانایی فراگیری مطالب : زیاد ☐ متوسط ☐ کم ☐

– موانع یادگیری شرایط بیمار در هنگام پذیرش جسمی ☐ زبانی ☐

–تشخیص پرستاری و مراقبتهای آن در ارتباط با بیماری فعلی :

.....

آموزش توسط پرستار در بدو پذیرش

☐معرفی پزشک و پرسنل بخش و نحوه دسترسی به کارکنان ☐آشنایی با بخش و امکانات رفاهی(تلفن ، زنگ اخبار سرویس بهداشتی ، ساعات ملاقات و سرو غذا، نمازخانه و ..) ☐

☐ارائه بسته راهنمای مراجعین و آموزشهای شفاهی توسط پرستار (رسیدگی به شکایات ، قوانین و مقررات بیمارستان و منشور حقوق بیمار در دفترچه راهنما دیده شود)

☐ارائه پمفلتهای آموزشی مرتبط با بیماری

☐معرفی بیمه ها و هزینه های درمان ☐چگونگی نگهداری و حفاظت از اموال شخصی

☐توصیه های ایمنی به بیمار (دستبند شناسایی بیمار ، استفاده از اهرمهای تخت و پیشگیری از خطر سقوط، خروجی های اضطراری ، تفکیک زباله ، رعایت اصول بهداشت فردی و .....)

روش آموزش

آموزش چهره به چهره ☐ جزوه آموزشی ☐ پمفلت آموزشی ☐ پکیج آموزشی ☐ آموزش و بحث گروهی ☐

نام فرد آموزش دهنده	ساعت و تاریخ آموزش	امضاء	نام فرد آموزش گیرنده					امضاء/اثر انگشت
			بیمار	همراه بیمار				
				نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمار	سن	سطح و رشته تحصیلی	

آموزش توسط پرستار در حین بستری

تشخیص پرستاری .....

☐شرح مختصری از بیماری ☐نوع داروها و عوارض احتمالی آنها ☐رژیم غذایی ☐وضعیت استراحت و میزان فعالیت ☐ تسکین درد

☐ مراقبت از اتصالات و پانسمانها (سوند ، آنژیوکت ، کاتتر و ....) ☐معرفی واحد مددکاری اجتماعی ☐ آموزشهای لازم در خصوص کلیه اقدامات تشخیصی و پاراکلینیک

(تکمیل مطابق فرم راهنما.)

سایر موارد .....

روش آموزش

آموزش چهره به چهره ☐ جزوه آموزشی ☐ پمفلت آموزشی ☐ پکیج آموزشی ☐ آموزش و بحث گروهی ☐

نام فرد آموزش دهنده	ساعت و تاریخ آموزش	مهر و امضاء	نام فرد آموزش گیرنده					امضاء/ اثر انگشت
			بیمار	همراه بیمار				
				نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمار	سن	سطح و رشته تحصیلی	

شماره پرونده:	**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی گلستان** **بیمارستان آل جلیل آق قلا** **فرم آموزش به بیماران(پرستار)**	**کد :** **شماره صفحه:۲ از ۲**

آموزش توسط پرستار در حین ترخیص

☐ شرح علائم پرخطر و ضرورت مراجعه مجدد به بیمارستان و یا مراکز درمانی .....

☐ شرح میزان ، مدت زمان و نحوه مصرف دارو.....

.....

☐ شرح مراقبتهای پرستاری در منزل (مراقبت از زخم ، محل عمل جراحی ، عضو آسیب دیده و ....

.....

.....

- نحوه پیگیری های پس از ترخیص :

☐ زمان مراجعه بعدی..... ☐مکان مراجعه ..... ☐پیگیری نتایج تست های معوقه پاراکلینیک.....

☐ چگونگی دسترسی به مراجع و انجمن های مرتبط با بیماری مانند MS، دیابت ، مادران باردار ، بیماران خاص و ..... در صورت نیاز

.....

شرح تغذیه و رژیم درمانی.....

– نیاز آموزشی عنوان شده توسط بیمار و یا همراهان : .....

☐تحویل فرم خلاصه پرونده

روش آموزش

آموزش چهره به چهره ☐ جزوه آموزشی ☐ پمفلت آموزشی ☐ پکیج آموزشی ☐ آموزش و بحث گروهی ☐

نام فرد آموزش دهنده	ساعت و تاریخ آموزش	مهر و امضاء	نام فرد آموزش گیرنده					امضاء/ اثر انگشت
			بیمار	همراه بیمار				
				نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمار	سن	سطح و رشته تحصیلی	

شماره پرونده:	**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی گلستان** **بیمارستان آل جلیل آق قلا** **فرم آموزش به بیماران(پزشک)**	**کد :** **شماره صفحه:۱ از ۱**

نام و نام خانوادگی :	سن بیمار :	علت بستری :
نام پدر :	سطح و رشته تحصیلی :	تاریخ پذیرش :
پزشک معالج :	موارد خاص بیماری :	تاریخ ترخیص :

آموزش توسط پزشک در حین بستری

☐نوع مراقبت و درمان پزشکی : .....

☐روشهای جایگزین درمان : .....

☐پیامدهای احتمالی ناشی از درمان :.....

نام فرد آموزش دهنده	ساعت و تاریخ آموزش	امضاء	نام فرد آموزش گیرنده					امضاء
			بیمار	همراه بیمار				
				نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمار	سن	سطح و رشته تحصیلی	

آموزش توسط پزشک در حین ترخیص

نام و شکل دارو: ..... مقادیر و نحوه مصرف: ..... توصیه های حین مصرف دارو: .....

تغذیه غذایی: معمولی ☐ دیابتیک☐ کم نمک☐ کم چرب☐ کم پروتئین ☐ سایر ☐

شرح شرایط تغذیه :.....

شرح مراقبتهای لازم در منزل (مراقبت از زخم ، محل عمل جراحی ، عضو آسیب دیده و ....): .....

زمان مراجعه بعدی

.....

نام فرد آموزش دهنده	ساعت و تاریخ آموزش	امضاء	نام فرد آموزش گیرنده					امضاء
			بیمار	همراه بیمار				
				نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمار	سن	سطح و رشته تحصیلی	