



مرکز آموزشی و درمانی کودکان  
**فرم آموزش به بیمار حین ترخیص**

نام و نام خانوادگی بیمار:

شماره پرونده:

تاریخ ترخیص:

تشخیص نهایی:.....

با مشاهده علائم و نشانه های زیر فوراً به پزشک مراجعه کنید:					
Signs:					
دستورات داروئی بعد از ترخیص: داروها را منظم و طبق دستور مصرف کنید و از مصرف خودسرانه داروها خودداری کنید: Medications					
	*	شکل دارو	نام دارو	مقدار دارو	نحوه مصرف
	1				طول مدت مصرف
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
زمان و مکان مراجعه بعدی (درمانگاه/مطب)					
Appointments:					
نتایج معوقه آزمایشات یا اقدامات پاراکلینیکی:					
Results: لطفا تاریخ..... برای دریافت نتیجه ..... به آزمایشگاه / رادیولوژی مراجعه فرمایید.					
رژیم غذایی:					
Diet:					
توصیه های پزشک در مورد مراقبتهای مورد نیاز در منزل:					
Talks/Self care:					
توصیه های پرستاری در مورد مراقبتهای مورد نیاز در منزل:					
Talks/Self care:					
تحویل پمفلت: <input type="checkbox"/>					
مهر و امضاء پزشک		مهر و امضاء پرستار		نام و نام خانوادگی و امضاء آموزش گیرنده:	
والدین گرامی در صورت داشتن سوال میتوانید با شماره تلفن بیمارستان: 55-35262250 تماس بگیرید. شماره داخلی بخش:					
این برگ در دو نسخه تنظیم، نسخه اصلی تحویل بیمار و نسخه دوم ضمیمه پرونده خواهد شد.					