



مرکز آموزشی درمانی
Educational & Treatment Center

شماره پرونده: Unit Number:

فرم ثبت آموزش به بیمار (فرم شماره دو)
PATIENT EDUCATION SHEET
(راهنمای ترخیص بیماران)

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:	
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:	
	Bed: تخت:			
آموزش پرستار	آموزش پزشک	ساعت	تاریخ	عناوین آموزشی
				میزان، مدت زمان و نحوه ی صحیح مصرف دارو
				تغذیه (غذا های مجاز به مصرف و غیر مجاز و ...)
				مراقبت های لازم در منزل (مراقبت از زخم، محل جراحی و عضو آسیب دیده و ...)
مکان مراجعه:		زمان مراجعه به پزشک:		
نتایج معوقه تست های پاراکلینیک:				
علائم و نشانه های هشدار دهنده که در صورت وقوع، لازم است سریعاً مراجعه شود:				
امضای بیمار یا همراه:		مهر و امضای پرستار:		مهر و امضای پزشک