



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

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: