

National Code: شماره ملی:		 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران معاونت درمان مرکز آموزشی درمانی / بیمارستانی..... فرم آموزش به بیمار حین ترخیص		Unit Number: شماره پرونده:			
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:	
Date of Discharge : تاریخ ترخیص:		Bed : تخت:					

مهر و امضاء پزشک:	نام دارو			دارو	تغذیه	وضعیت حرکتی بیماران در منزل مراقبت از نوزاد سالم و بیمار مراقبت در منزل سایر موارد (توانبخشی ، فیزیوتراپی)	تاریخ و ساعت آموزش:
	میزان و مدت زمان مصرف دارو						
	نحوه صحیح مصرف دارو						
	امضاء یا اثر انگشت بیمار:						
مهر و امضاء پرستار:	نام دارو			دارو	تغذیه (رژیم غذایی...) میزان فعالیت و استراحت بیماران در منزل..... نحوه مراقبت و پانسمان زخم..... مراقبتهای اختصاصی در منزل..... سایر موارد (توانبخشی ، فیزیوتراپی)	تاریخ و ساعت آموزش:	
	میزان و مدت زمان مصرف دارو						
	نحوه صحیح مصرف دارو						
	عوارض احتمالی داروها و مراقبتهای آنها						
امضاء یا اثر انگشت بیمار:	زمان و مکان مراجعه جهت پیگیری پس از ترخیص:						
	اطلاع رسانی و اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیمار و همراهان:						
	علائم و نشانه های هشدار دهنده که در صورت وقوع ، لازم است سریعاً مراجعه شود:						

مهر و امضاء سرپرستار (یا مسئول شیفت) :