

SMART Discharge Protocol

پروتکل اسمارت = چارچوبی برای ترخیص موثر بیماران



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت درمان (مدیریت پرستاری دانشگاه)

شماره سند: MNP-FO-03

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۶/۶/۲۱

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۶/۲۳

شماره بازنگری: ۰۱

فرم آموزش به بیمار حین ترخیص

File number	نام خانوادگی:	Family Name	نام:	Name	نام پدر:	Father s name
Date of birth	تاریخ تولد:	Diagnosis	تشخیص:	Physician	پزشک معالج:	بخش بستری:
ردیف	نام دارو	تعداد و ساعت مصرف دارو		مدت زمان مصرف	ملاحظات دارویی (پزشک - پرستار)	
		صبح	ظهر		عصر	شب

Medications = M

سوال یا نکته مبهمی درباره داروهای مورد نیاز، شرایط مصرف، عوارض جانبی و زمان داروها در این بخش ثبت گردد.

یادآوری و توصیه ها	توصیه های پرستار	توصیه های پزشک
--------------------	------------------	----------------

Appointments = A

پس از ترخیص اگر نیاز به پیگیری و مراجعه مجدد به بیمارستان باشد باید مورد توجه قرار گیرد و زمانبندی آن با بیمار و خانواده آن هماهنگ شود، در این بخش از فرم می توانید زمان مراجعه بعدی را ثبت نمایید.

تاریخ مراجعه بعدی به درمانگاه و پزشک معالج

Signs=S

علائم و نشانه های مهمی که باید به آن ها توجه شود. منظور علائم بیماری، رویدادها و نشانه هایی است که بیماران باید پس از ترخیص به آن ها توجه داشته باشند و یا در شرایط مشخصی آن ها را به بیمارستان گزارش کنند، در این بخش از فرم می توانید علائم هشداردهنده را ثبت نمایید.

علائم هشداردهنده جهت مراجعه

Results=R

ممکن است در زمان ترخیص جواب برخی آزمایش ها هنوز آماده نباشد و یا نیاز باشد پس از ترخیص آزمایش خاصی انجام شود که باید با بیمار و خانواده وی هماهنگ شود تا پیگیری لازم صورت پذیرد در این بخش به این موارد اشاره نمایید.

پیگیری نتایج تست های معوقه

Talk with me=T

توجه به ارتباط میان بیمار و ارائه کنندگان ایجاب می کند که در زمینه هایی که لازم است گفتگوهایی با هم داشته باشند که باید جدی تلقی شوند و زمان کافی برای آن در نظر گرفته شود، در این بخش به این موارد اشاره نمایید.

توصیه های لازم جهت مراقبت در منزل:
(مراقبت و پانسمان زخم، وضعیت حرکتی بیمار، رژیم غذایی بیمار، پیگیری ROP، توصیه به برقراری ارتباط با واحد HOME CARE، توصیه به معاینات دوره ای در کلینیک نوزاد پرخطر،)

مهر و امضاء پزشک معالج

مهر و امضاء پرستار

امضاء و اثر انگشت بیمار / همراه بیمار