



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان

فرم آموزش بدو ورود و حین بستری به بیمار

Attending physician	پزشک معالج	Father's Name	نام پدر	Family/Name	نام و نام خانوادگی
Date & Time of Admission	تاریخ و ساعت بستری	Date of Birth	تاریخ تولد	Unit No	شماره پرونده
Ward	بخش				
<input type="checkbox"/> QR CODE <input type="checkbox"/> کلیپ <input type="checkbox"/> ارسال لینک <input type="checkbox"/> کتابچه <input type="checkbox"/> پمفلت <input type="checkbox"/> (مطابق فرم آموزش به بیمار)					
عنوان	نوع آموزش	محتوای آموزش	آموزش گیرنده تاریخ / امضا یا اثر انگشت /نسبت با بیمار	آموزش دهنده تاریخ / مهر / امضاء	اثر بخشی آموزش به بیمار تاریخ
آموزش حین بستری	افزایش آگاهی در مورد نوع بیماری / عوارض احتمالی سیر بیماری و روش برخورد با آن مطابق نظر پزشک				<input type="checkbox"/> یادگیری کامل <input type="checkbox"/> عدم یادگیری
	علائم هشدار جهت اطلاع فوری به پزشک و پرستار				<input type="checkbox"/> یادگیری کامل <input type="checkbox"/> عدم یادگیری
	مراحل و طول مدت احتمالی درمان طبق نظر پزشک				<input type="checkbox"/> یادگیری کامل <input type="checkbox"/> عدم یادگیری
	دارو و عوارض احتمالی دارو				<input type="checkbox"/> یادگیری کامل <input type="checkbox"/> عدم یادگیری
	روش تسکین و مدیریت درد				<input type="checkbox"/> یادگیری کامل <input type="checkbox"/> عدم یادگیری
	پوزیشن / محدوده / محدودیت حرکتی / بازتوانی				<input type="checkbox"/> یادگیری کامل <input type="checkbox"/> عدم یادگیری
	تغذیه و رژیم غذایی				<input type="checkbox"/> یادگیری کامل <input type="checkbox"/> عدم یادگیری
	آمادگی قبل و بعد از پروسه جراحی / عمل جراحی				<input type="checkbox"/> یادگیری کامل <input type="checkbox"/> عدم یادگیری
	سایر موارد خودمراقبتی بیمار				<input type="checkbox"/> یادگیری کامل <input type="checkbox"/> عدم یادگیری



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان

فرم آموزش بدو ورود و حین بستری به بیمار

Date & Time of Admission تاریخ و ساعت بستری		Date of Birth تاریخ تولد	Unit No شماره پرونده
Ward بخش			
<input type="checkbox"/> QR CODE <input type="checkbox"/> کلیپ <input type="checkbox"/> ارسال لینک <input type="checkbox"/> کتابچه <input type="checkbox"/> پمفلت <input type="checkbox"/> (مطابق فرم آموزش به بیمار)			
عنوان	نوع آموزش	محتوای آموزش	آموزش گیرنده تاریخ / امضا یا اثر انگشت /نسبت با بیمار
آموزش حین بستری	افزایش آگاهی در مورد نوع بیماری/عوارض احتمالی سیر بیماری و روش برخورد با آن مطابق نظر پزشک		
	علائم هشدار جهت اطلاع فوری به پزشک و پرستار		
	مراحل و طول مدت احتمالی درمان طبق نظر پزشک		
	دارو و عوارض احتمالی دارو		
	روش تسکین و مدیریت درد		
	پوزیشن/محدوده / محدودیت حرکتی / بازتوانی		
	تغذیه و رژیم غذایی		
	آمادگی قبل و بعد از پروسه جراحی/عمل جراحی		
	سایر موارد خودمراقبتی بیمار		
	<input type="checkbox"/> یادگیری کامل <input type="checkbox"/> عدم یادگیری		