

کد سند : ۱۱۷۷-QH.CH

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۷/۵/۱

ویرایش: ۰۶

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۱۰/۲۶

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۱۰/۲۶

## عنوان سند: فرم آموزش زمان ترخیص زردی نوزادی

|               |             |       |
|---------------|-------------|-------|
| نام خانوادگی: | نام:        | بخش:  |
| نام پدر:      | تاریخ تولد: | اتاق: |
|               |             | تخت:  |

| آموزش های زمان ترخیص توسط پزشک و پرستار |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |    |                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| نام دارو                                | میزان و مدت زمان مصرف                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |    | نحوه صحیح مصرف دارو                                                                                                                                                                                              |
|                                         | صبح                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ظهر | شب |                                                                                                                                                                                                                  |
| آموزش دارو                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |    | قبل از غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/> |
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |    | قبل از غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/> |
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |    | قبل از غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/> |
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |    | قبل از غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/> |
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |    | قبل از غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/> |
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |    | قبل از غذا <input type="checkbox"/> بعد از غذا <input type="checkbox"/> همراه غذا <input type="checkbox"/> ناشتا <input type="checkbox"/> موقع خواب <input type="checkbox"/> با آب زیاد <input type="checkbox"/> |
| تغذیه                                   | ۱. به صورت مکرر نوزاد را با شیر مادر تغذیه نمائید.<br>۲. از دادن شیر خشک، آب و آب قند به نوزاد اجتناب کنید.<br>۳. قطره مولتی ویتامین یا A+D از ۱۵ روزگی به میزان ۲۵ قطره روزانه (۱۲ قطره دوبار در روز) داده شود.<br>۴. قطره آهن در نوزادان نارس و کم وزن از یک ماهگی یا وقتی وزن نوزاد به دو برابر وزن تولد رسید شروع می شود (۲ قطره به ازای هر کیلوگرم)<br>۵. در نوزادان زیر ۲۵۰۰ گرم، ۱/۴ قرص اسید فولیک به مدت یک ماه داده می شود.<br>۶. پستان گرفتن صحیح: بدن و صورت شیرخوار رو به روی مادر، لب پایینی بطرف خارج برگشته و قسمت بیشتری از هاله پستان در دهان نوزاد باشد. گونه هایش گرد و برآمده است و صدای قورت دادن شیر به خوبی شنیده می شود.<br>۷. تغذیه با سرنگ: هنگام استفاده از سرنگ برای شیر دادن نباید آن را کاملاً پر کنید. سرنگ را آهسته به دهان کودک نزدیک کرده و شیر را قطره قطره حداکثر تا نیم سی سی و به آهستگی به داخل گونه یا زیر زبان نوزاد بچکانید، به طوری که نوزاد فرصت بلعیدن شیر را داشته باشد. وضعیت نوزاد به صورت نیمه نشسته باشد و شیر مستقیم روی زبان او ریخته نشود.<br>۸. تغذیه با لوله معده: قبل تغذیه با سوند معده ابتدا از عدم جابه جایی سوند مطمئن شوید و به چسب نشانه توجه فرمائید. تعیین حجم باقی مانده شیر در معده مهم است. در صورت وجود شیر در معده آن را از حجم شیر دریافتی نوزاد کم می کنیم. تغذیه در هر وعده به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه انجام شود. تعویض سوند معده هر سه روز یکبار می باشد. |     |    |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                         | ۱. نوزاد را از نظر زردی هر روز کنترل نمائید.<br>۲. از دادن داروهای گیاهی (نظیر ترنجبین و شیر خشک) به نوزاد خودداری کنید.<br>۳. به دفع ادرار و مدفوع نوزاد توجه کنید و در صورت عدم ادرار به پزشک معالج مراجعه نمائید.<br>۴. از پوست نوزاد مراقبت کنید ( شستشو و خشک کردن آن).<br>۵. در صورت افزایش درجه حرارت بدن یا بیحال شدن، ابتدا درجه حرارت اتاق را کنترل کرده و سپس نوزاد را با شیر تغذیه نمائید و پوشش نوزاد را نیز کم کنید.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |    |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                         | مراقبتهای پزشکی و پرستاری در منزل                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |    |                                                                                                                                                                                                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                 |                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>۶. ناف معمولاً ظرف ۱۴-۵ روز خشک شده و می افتد و جای آن بصورت زخمی باقی می ماند که ظرف چند روز خوب می شود.</p> <p>۷. مهمترین مسئله در نگهداری بندناف قبل از افتادن آن، جلوگیری از عفونت است.</p> <p>۸. بندناف را باید خشک و تمیز نگه داشت.</p> <p>۹. در هنگام تعویض پوشک لبه بالای آن باید زیر بندناف تا کرد تا بندناف در معرض هوا قرار داشته باشد و با ادرار تماس پیدا نکند.</p> | <p><b>مراقبت‌های پزشکی و پرستاری در منزل</b></p>                  |                                 |                                                                                                                                                                |
| <p>برای پیگیری جواب آزمایشات پس از تماس و اطمینان از آماده شدن جواب آزمایش، به بخش یا آدرس اینترنتی زیر مراجعه نمایید.</p> <p><a href="https://labresult.mums.ac.ir/">https://labresult.mums.ac.ir/</a></p>                                                                                                                                                                         | <p><b>اطلاع رسانی و اعلام نتایج تست‌های پاراکلینیک بیمار</b></p>  |                                 |                                                                                                                                                                |
| <p>۱. در صورت داشتن موارد زیر حتماً به بیمارستان مراجعه نمایید:</p> <p>✓ افزایش درجه حرارت بدن یا بی حال شدن یا هر گونه مشکل</p> <p>۲. مراجعه به پزشک ۴۸-۲۴ ساعت پس از ترخیص</p> <p>۳. مراجعه به چشم پزشکی ۶-۴ هفتگی</p> <p>۴. مراجعه به شنوایی سنجی ۳ ماهگی</p>                                                                                                                    | <p><b>پیگیری‌های پس از ترخیص و مکان و زمان مراجعه به پزشک</b></p> |                                 |                                                                                                                                                                |
| <p><b>سایر موارد آموزشی</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                 |                                                                                                                                                                |
| <p>مهر و امضاء پرستار:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>مهر و امضاء پزشک:</p>                                          | <p>امضاء و اثر انگشت بیمار:</p> | <p><b>شماره بخش:</b></p> <p>.....</p> <p><b>کلینیک آموزش سلامت:</b></p> <p>۳۸۰۱۲۵۵۱</p> <p><a href="https://quaem.mums.ac.ir">https://quaem.mums.ac.ir</a></p> |



Maternity



Neonatal

جهت دسترسی به همه مطالب آموزشی موجود در سایت بیمارستان، QR Code روبرو را اسکن نمایید.