

فرم آموزش به بیمار و خانواده

Patient and Family education Sheet

شماره پرونده: Unit No:

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:		

جدول الف:

ردیف	عناوین
۱	آمادگی / انگیزه جهت یادگیری : بالا (بسیار پذیرنده) <input type="checkbox"/> متوسط (پذیرنده) <input type="checkbox"/> پایین (پذیرش پایین) <input type="checkbox"/>
۲	توانایی یادگیری : کافی (عدم اختلال شناختی) <input type="checkbox"/> پایین (اختلال شناختی) <input type="checkbox"/>
۳	میزان تحصیلات بیمار: زیر دیپلم <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> تحصیلات دانشگاهی <input type="checkbox"/> میزان تحصیلات همراه بیمار (در صورتیکه آموزش گیرنده همراه بیمار می باشد): زیر دیپلم <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> تحصیلات دانشگاهی <input type="checkbox"/>
۴	روش آموزشی مورد علاقه بیمار: خواندنی <input type="checkbox"/> چند رسانه ای <input type="checkbox"/> چهره به چهره <input type="checkbox"/>
۵	آیا موانع آموزشی وجود دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر جواب بلی می باشد موانع در آیتم های زیر مشخص گردد سن <input type="checkbox"/> موانع زبانی گفتاری <input type="checkbox"/> انگیزه <input type="checkbox"/> اختلال دید / اختلال شنوایی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> تفاوت های فرهنگی <input type="checkbox"/> احساسی / روانی <input type="checkbox"/> اختلال شناختی <input type="checkbox"/> مشکلات مادی <input type="checkbox"/> تفاوت های مذهبی <input type="checkbox"/> شدت یا مرحله بیماری <input type="checkbox"/> سطح تحصیلات <input type="checkbox"/> وابستگی به مواد <input type="checkbox"/>
۶	نیاز آموزشی عنوان شده توسط بیمار بر اساس اولویت.....
۷	آدرس و تلفن بیمار.....

جدول ب:

کد محتوای آموزشی		
آموزش های بدو پذیرش (A)	آموزش های حین بستری (B)	آموزش های زمان ترخیص (C)
A1- معرفی بخش ، خدمات غیر درمانی و قوانین کلی موجود در بخش و بیمارستان	B1- نوع بیماری و نحوه درمان و مراقبت	C1- زمان مراجعه به پزشک
A2- معرفی تیم پزشکی	B2- میزان، مدت زمان، نحوه صحیح مصرف و عوارض دارو	C2- داروهای پس از ترخیص
A3- منشور حقوق بیمار	B3- تداخلات غذا و دارو	C3- برنامه خود مراقبتی و تکنیک های بازتوانی در منزل
A4- نحوه رسیدگی به شکایات	B4- میزان فعالیت	C4- تغذیه پس از ترخیص
A5- هزینه های درمان و بیمه	B5- تغذیه و رژیم غذایی	C5- فعالیت های پس از ترخیص
A6- سایر موارد	B6- ایمنی و احتیاطات	C6- نشانه های خطر پس از ترخیص
	B7- مدیریت درد	C7- چگونگی دستیابی به مراقبت های اورژانس
	B8- اقدامات تشخیصی، درمانی و آزمایشات	C8- آدرس منابع و آدرس مراکز و سایت های آموزشی
	B9- نشانه های خطر حین بستری	C9- سایر موارد
	B10- عدم مصرف دخانیات و مواد روان گردان	
	B11- مراقبت های قبل و بعد از عمل	
	B12- مراقبت از زخم	
	B13- مسائل بهداشت فردی	
	B14- خواب و استراحت	
	B15- الگوی دفع	
	B16- روش های جایگزین درمان	
	B17- پیامد های احتمالی ناشی از درمان	
	B18- سایر موارد	

فرم آموزش به بیمار و خانواده

Patient and Family education Sheet

فرم آموزش به بیمار و خانواده

Patient and Family education Sheet

مهر و امضاء آموزش دهنده	ارزیابی و برنامه ریزی آموزشی		روش آموزش		یادگیرنده		محتوای آموزشی	زمان آموزش		
	عدم درک آموزش	درک آموزش	رسانه آموزشی	چهره به چهره	همراه بیمار	بیمار		توضیح مختصر	کد محتوای آموزشی	ساعت آموزش

جدول د:

اینجانب تأیید می نمایم که آموزش های فوق را دریافت نموده ام .

امضاء یا اثر انگشت بیمار یا همراه بیمار

فرم آموزش به بیمار و خانواده