



دانشگاه علوم پزشکی مشهد

Mashhad University of Medical Science

مرکز پزشکی آموزشی، پژوهشی و درمانی کودکان اکبر

شماره پرونده: Unit No:

فرم آموزش به بیمار و خانواده در زمان ترخیص بیماری نارسایی کبد

نام خانوادگی:	Family Name:	نام:	Name:	بخش:	Ward:	پزشک معالج:	Attending Physician:
نام پدر:	Father Name:	تاریخ تولد:	Date of Birth:	اتاق:	Room:	تاریخ پذیرش:	Date of Admission:
				تخت:	Bed:		

آموزش نحوه مصرف دارو بعد از ترخیص توسط پزشک

نام دارو	میزان و مدت زمان مصرف				نحوه صحیح مصرف دارو	مهر و امضای پزشک
	صبح	ظهر	عصر	شب		
					قبل از غذا □ بعد از غذا □ همراه غذا □ ناشتا □ موقع خواب □ با آب زیاد □	
					قبل از غذا □ بعد از غذا □ همراه غذا □ ناشتا □ موقع خواب □ با آب زیاد □	
					قبل از غذا □ بعد از غذا □ همراه غذا □ ناشتا □ موقع خواب □ با آب زیاد □	
					قبل از غذا □ بعد از غذا □ همراه غذا □ ناشتا □ موقع خواب □ با آب زیاد □	
					قبل از غذا □ بعد از غذا □ همراه غذا □ ناشتا □ موقع خواب □ با آب زیاد □	

آموزش بعد از ترخیص توسط پرستار

تغذیه	عدم مصرف غذاهای شور و چرب - عدم استفاده از فست فود ها و آبمیوه های صنعتی کاهش مصرف شربنی جات (قندهای ساده)، مصرف بیشتر سبزیجات و میوه ها، عدم استفاده بیش از حد از ادویه، محدودیت مصرف تخم مرغ و شکلات، مصرف بیشتر آرد سبوس دار نسبت به آرد سفید
فعالیت های مجاز و غیر مجاز	انجام فعالیت های روزمره در حد توان توصیه می شود، در صورت تحمل روزی ۴۵ دقیقه ورزش هوازی با احتیاطات لازم حفظ وزن در حد مناسب توصیه می شود.
بهداشت	واکسن هپاتیت B، آنفلوآنزا و پنوموکوک توصیه می گردد، گرفتن ناخن ها به طوری که خیلی نزدیک لبه ناخن گرفته نشود. مسواک زدن با مسواک نرم رعایت بهداشت فردی
سایر موارد آموزشی	غربالگری سایر اعضای خانواده در موارد با زمینه ژنتیک در صورت بروز علائم بی قراری و گیجی، تب، درد شکم، تشدید ورم شکم، اسهال یا استفراغ، خونریزی از هرمنطقه از بدن، گیجی، خواب آلودگی، سوزش و تکرر ادرار، کاهش حجم ادرار، تشدید زردی به درمانگاه مراجعه نماید. انجام آندوسکوپی سریال جهت بررسی واریس مری انجام تست های عملکرد کبد و کلیه هر ۶ ماه یک بار و در صورت لزوم بسته به علائم بررسی دانسیته استخوانی
پیامی از ترخیص	در صورت بروز هرگونه مشکل به درمانگاه یا اورژانس بیمارستان اکبر مراجعه کنید همه روزه با شماره تلفن ۳۸۷۱۳۸۰۵ داخلی بخش ویا کلینیک آموزش سلامت ۱۲۱ تماس بگیرید

زمان مراجعه مجدد به پزشک :

امضاء و اثر انگشت بیمار یا همراه:

تایید پرستار مسئول: