



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 دیابت

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 بعد از ترخیص توسط پزشک

مهر و امضای پزشک	نام دارو	میزان و مدت زمان مصرف				نحوه صحیح مصرف دارو
		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 نحوه مصرف دارو بعد از ترخیص توسط پرستار

تغذیه	رعایت رژیم رژیمی - مصرف مایعات شیرین، کربوهیدرات ها و نشاسته ها (طبق توصیه مشاور تغذیه) محدود شود. محدودیت مصرف مواد غذایی فست فود
فعالیت های مجاز و غیر مجاز	در صورت افزایش قند فعالیت خیلی شدید نداشته باشد و خوردن مایعات و پیاده روی به تنظیم قند خون کمک میکند. در صورت افت قند فعالیت نداشته باشد.
بهداشت	برای جلوگیری از زخم پا کفش مناسب پوشیده شود و بهداشت رعایت شود. از سرنگ و سرسوزن به صورت یکبار مصرف استفاده کند. شست و شوی روزانه پاها با آب ولرم و ماساژ خودداری از مصرف میوه و سبزی شسته نشده شست و شوی دستها قبل از خوردن غذا، مراجعه مرتب به دندانپزشکی، رعایت بهداشت ناحیه تناسلی دخترانی که در سن بلوغ هستند
سایر موارد آموزشی	در صورت افت قند خون زیر ۶۰ و کودک هوشیار باشد مایعات شیرین بدهید و در صورتی که هوشیاری ندارد آمپول گلوکاگون عضلانی تزریق شود. 48 ساعت بعد از ترخیص به درمانگاه غدد یا بخش غدد مراجعه شود. ادامه کنترل قند خون بیمار و مراجعه هر سه ماه یکبار به درمانگاه غدد قند خون طبق جدول قند ارائه شده کنترل و هر ۳ ماه آزمایش HBA1C انجام شود.
پس از ترخیص	در صورت بروز هرگونه مشکل به درمانگاه یا اورژانس بیمارستان اکبر مراجعه کنید همه روزه با شماره تلفن ۰۵۳۸۷۱۳۸۰ داخلی بخش و یا کلینیک پرستاری آموزش سلامت ۱۲۱ تماس بگیرید

زمان مراجعه مجدد به پزشک :

امضاء و اثر انگشت بیمار یا همراه

تایید پرستار مسئول: