

National Code: شماره ملی:		Unit Number: شماره پرونده:														
فرم آموزش به بیمار																
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:															
توانایی یادگیری:	تمایل به یادگیری:	علت بستری:	تحصیلات:													
موانع یادگیری:	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	بی سواد <input type="checkbox"/> زیر دیپلم <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> دانشگاهی <input type="checkbox"/>													
آموزش گیرنده	آموزش دهنده	روش آموزشی										محتوای آموزش	نوع آموزش			
		اثر بخشی		رسانه		روش آموزشی										
		فهم کامل	درک نسبی	درک عمیق	سایت	فیلم	پروژکتور	سایر (نام ببرید)	سایت	پخش صوتی	چهار به چهار	پرسش و پاسخ	بهره گیری	نمایشی		
امضا یا اثر انگشت	نام و سمت:													آموزش بد ورود	آشنایی با پزشک معالج، پرستار و سایر ارائه دهندگان خدمت	
	مهر و امضاء:														آشنایی با محیط فیزیکی و تجهیزات (هرم تخت، حمام، دستشویی، پله فرار و ...)	
	تاریخ:														آشنایی با مقررات بخش (دستبند بیمار، ساعت ملاقات، ساعت غذا، مقررات همراه و ...)	
	ساعت:														آموزش لازم در خصوص ایمنی بیمار (پیشگیری از خطر سقوط و ...)	
	ساعت:														آشنایی با هزینه های درمان و منشور حقوقی بیماران	
امضا یا اثر انگشت	نام و سمت:													آموزش هنگام بستری	آموزش در خصوص بیماری، درمان و مراقبت مورد نیاز	
	مهر و امضاء:														آموزش در خصوص روش یا روش های جایگزین درمانی	
	تاریخ:														آموزش در خصوص پیامدهای احتمالی ناشی از درمان	
	ساعت:														آموزش رژیم غذایی و میزان فعالیت و نحوه استراحت	
	ساعت:														آموزش مراقبت های قبل از عمل / اقدامات تشخیصی درمانی	
														آموزش مراقبت های بعد از عمل / اقدامات تشخیصی درمانی		
														سایر (نام ببرید)		
مهر و امضاء پزشک		نام دارو		پزشک												
		میزان و مدت زمان مصرف دارو														
		نحوه صحیح مصرف دارو														
مهر و امضاء پرستار		نام دارو		پرستار												
		میزان و مدت زمان مصرف دارو														
		نحوه صحیح مصرف دارو														
امضا یا اثر انگشت بیمار:		زمان و مکان مراجعه جهت پیگیری پس از ترخیص:														
		اطلاع رسانی و اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیمار و همراهان:														