

فرم شماره 2- آموزش به بیمار و خانواده

مراقبت های پس از ترخیص

آلزایمر

| شماره پرونده:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                              |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| نام خانوادگی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | نام:                                                                         | بخش:<br>اتاق:<br>تخت: |
| نام پدر:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | تاریخ تولد:<br>جنس: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد | تشخیص (علت بستری):    |
| تاریخ پذیرش:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                              |                       |
| بیمار محترم ضمن آرزوی سلامتی برای شما شایسته است که پس از ترخیص از بیمارستان موارد زیر را به دقت مطالعه و اقدام نمایید:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                              |                       |
| <p><b>مراقبت در منزل:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- هنگام تغذیه محیطی آرام و ساکت فراهم کنید. برای پیشگیری از سوختگی، غذاها و مایعات ولرم مصرف کنید.</li> <li>- جهت پیشگیری از خفگی، غذا را به صورت قطعات کوچک در اختیار بیمار قرار دهید.</li> <li>- هر بار فقط یک ظرف در اختیار بیمار قرار دهید و در صورت اختلال در بلع، غذا را به صورت مایع غلیظ یا پوره در آورید.</li> <li>- افزایش فیبر خوراکی، سبزیجات و مایعات برای جلوگیری از یبوست و مواد غذایی در حجم کم و دفعات بیشتر مصرف شود.</li> <li>- از دادن غذاهای محرک مانند قهوه، چای، کولا و شکلات به بیمار خودداری کنید.</li> <li>- از 2 ساعت قبل از خواب مصرف مایعات را برای بیمار محدود کنید.</li> <li>- از خواب روزانه و طولانی بیمار جلوگیری کنید تا خواب راحت در طول شب داشته باشد.</li> <li>- استفاده از موسیقی، شیر گرم و ماساژ پشت برای خوابیدن و فرصت کافی برای ورزش روزانه و افزایش زمان خواب شبانه موثر می باشد.</li> <li>- جهت حفظ ایمنی بیمار باید محیطی امن برای حرکت آزادانه بیمار فراهم شود و استفاده از دستگیره در قسمت های مختلف خانه راه حل خوبی است.</li> <li>- رانندگی ممنوع می باشد.</li> <li>- بیمار در فعالیتهای روزانه مانند شانه کردن مو مشکل ندارد ولی در فعالیتهایی که نیاز به برنامه ریزی دارند دچار مشکل می شود.</li> <li>- محکم کردن درهای منزل و داشتن دستنبند و یا گردنبد شناسایی که نشان دهنده بیماری وی است توصیه می شود.</li> <li>- بیمار را محدود نکنید، چون ممکن است باعث افزایش بیثباتی و اضطراب وی شود.</li> <li>- محیط آشنا برای وی حفظ شود و محیط ساده و بدون سرو صدا با محدود کردن تغییرات فراهم شود. (از تغییر محیط زندگی اجتناب شود)</li> <li>- حتی اگر بیمار بی قرار است آرام باشید.</li> <li>- جهت ارتقای ارتباط با بیمار با کاهش صداها و عواملی که سبب انحراف حواس می شوند، از جملات ساده در صحبت کردن با بیمار استفاده کنید.</li> <li>- بیمار را به نوشتن نامه، تلفن، ملاقات، مشارکت در فعالیتهای ساده، حل جدول روزنامه و سرگرمی ها تشویق کنید.</li> <li>- بیمار را تشویق کنید که تا حد امکان حق انتخاب داشته باشد و در فعالیتهای و مراقبت از خود شرکت کند.</li> <li>- داروها را دور از دسترس بیمار نگه دارید.</li> <li>- قالیچه های سبک را جمع آوری کنید. کلید و دگمه های وسایل خانگی را جدا کنید.</li> <li>- جلوی پلکان را ببندید. در طی روز و شب از نور کافی استفاده کنید.</li> <li>- از تحرک زیاد بیمار قبل از خواب جلوگیری کنید.</li> <li>- ممکن است بیمار دچار شبگردی شود لذا در و پنجره ها را قفل کنید.</li> <li>- قبل از دادن داروهای بدون نسخه به بیمار با پزشک مشورت کنید زیرا ممکن است اثرات داروهای بیمار را افزایش دهد.</li> <li>- داروها را طبق دستور پزشک و در فواصل منظم به بیمار بدهید و از قطع خود سرانه داروها بدون مشورت با پزشک خودداری کنید.</li> <li>- در صورت بروز بی خوابی از مصرف خودسرانه داروی خواب آور اجتناب شود.</li> </ul> <p><b>در صورت مشاهده موارد زیر به بیمارستان و یا پزشک مراجعه کنید</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- تب (علائم عفونت)، سردرد، تشنج و تشدید آلزایمر</li> <li>- سایر موارد نگران کننده و یا اورژانسی</li> </ul> |                                                                              |                       |