

فرم شماره 2- آموزش به بیمار و خانواده

مراقبت های پس از ترخیص

برداشتن طحال (اسپلنکتومی)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                               |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------|
| شماره پرونده:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                               |                    |
| نام خانوادگی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | نام:                                                          | بخش:               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                               | اتاق:              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                               | تخت:               |
| نام پدر:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | تاریخ تولد:                                                   | تشخیص (علت بستری): |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | جنس: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد | 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>- در ابتدا از رژیم غذایی سبک و مایعات مانند سوپ و ... استفاده کنید.</li> <li>- اگر منعی وجود ندارد، آب و مایعات بیش تری میل کنید.</li> <li>- به منظور پیشگیری از یبوست و بهبود سریع تر زخم ها، از رژیم غذایی سرشار از فیبر و حاوی ویتامین مانند انواع میوه و سبزیجات استفاده کنید.</li> <li>- تا مدتی مصرف نمک را در رژیم غذایی خود محدود کنید.</li> <li>- از مصرف مشروبات الکلی اجتناب کنید.</li> <li>- پس از عمل به منظور جلوگیری از لخته شدن خون، پیاده روی آرام داشته باشید.</li> <li>- در طول روز چندین بار نفس عمیق بکشید.</li> <li>- از سرفه و یا عطسه ی شدید خودداری کنید همچنین از محرک های تنفسی که باعث عطسه یا سرفه می شوند، دوری کنید.</li> <li>- از بلند کردن اجسام سنگین و یا انجام فعالیت های شدید خودداری کنید.</li> <li>- از استعمال سیگار و سایر دخانیات اجتناب کنید.</li> <li>- از تماس با افراد سرما خورده و دارای عفونت های شناخته شده، اجتناب کنید.</li> <li>- زمان شروع فعالیت هایی مانند بازگشت به کار، ورزش و ... را از پزشک معالج خود بپرسید.</li> <li>- تا یک الی دو هفته پس از عمل از رانندگی کردن بپرهیزید.</li> <li>- داروهای تجویز شده توسط پزشک (مانند آنتی بیوتیک در ساعات معین) را در فواصل معین و یک دوره کامل مصرف کنید.</li> <li>- جهت جلوگیری از عفونت و کاهش درد به توصیه های پزشک در ارتباط با میزان، زمان و نحوه صحیح و عوارض احتمالی داروها عمل کنید.</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 ۳۸ درجه یا بالاتر</li> <li>- لکه های قرمز در هر جای بدن</li> <li>- گلو درد</li> <li>- لرز شدید که بیش از حد معمول طول بکشد.</li> <li>- در صورت بروز هرگونه علائم دیگر و یا اورژانسی</li> </ul> |                                                               |                    |