

## جراحی پستان

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                               |                    |              |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|--|--|
| شماره پرونده:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                               |                    |              |  |  |
| نام خانوادگی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | نام:                                                          | بخش:               | پزشک معالج:  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                               | اتاق:              |              |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                               | تخت:               |              |  |  |
| نام پدر:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | تاریخ تولد:                                                   | تشخیص (علت بستری): | تاریخ پذیرش: |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | جنس: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد |                    |              |  |  |
| بیمار محترم ضمن آرزوی سلامتی برای شما شایسته است که پس از ترخیص از بیمارستان موارد زیر را به دقت مطالعه و اقدام نمایید:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                               |                    |              |  |  |
| مراقبت در منزل:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                               |                    |              |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- جهت پیشگیری از یبوست از رژیم پرفیبر مانند میوه‌ها و سبزیجات حاوی سبوس و مایعات فراوان استفاده کنید.</li> <li>- از خوردن غذاهای چرب و سرخ‌کردنی خودداری کنید. نمک رژیم غذایی نیز باید کم شود.</li> <li>- این بیماران نیاز به کالری و پروتئین مانند گوشت کافی برای پیشرفت بهبودی، بدست آوردن توان و قدرت و داشتن وزن سالم دارند.</li> <li>- جهت بهبود اشتها، غذا را در وعده‌ای زیاد و با حجم کم مصرف کنید و از خوردن غذاهای سنگین و نفاخ اجتناب کنید.</li> <li>- در صورت انجام جراحی جهت کاهش حس کشیدگی و سوزش در ناحیه زیر بغل و بازو، ورزش‌های دست و بازو را انجام دهید و از بلند کردن اشیاء سنگین مانند کیف دستی سنگین خودداری کنید.</li> <li>- پس از تشخیص، پستان‌ها باید هر ماهه درست قبل یا به هنگام شروع عادت ماهانه توسط خودتان از نظر به وجود آمدن توده‌های جدیدتر یا تغییر در توده‌های قبلی بررسی شوند. در صورت بروز هرگونه تغییر به پزشک خود اطلاع دهید.</li> <li>- با مشورت پزشک سالانه حداقل یک بار برای معاینه پستان یا سایر بررسی‌ها به پزشک خود مراجعه نمایید. اگر سابقه سرطان در خانواده شما وجود دارد، امکان دارد در فواصل زمانی کمتر نیاز به انجام معاینات باشد.</li> <li>- پانسمان محل جراحی باید به روش استریل و در فاصله زمانی توصیه شده پزشک توسط پرسنل درمانی انجام شود.</li> <li>- داروهای تجویز شده توسط پزشک مانند آنتی بیوتیک را در ساعات معین مصرف نمایید و دوره درمان را کامل کنید.</li> </ul> |                                                               |                    |              |  |  |
| در صورت مشاهده موارد زیر به بیمارستان و یا پزشک مراجعه کنید                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                               |                    |              |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- جهت کشیدن بخیه‌ها 10-7 روز بعد از عمل</li> <li>- جهت دریافت نتیجه پاتولوژی به بیمارستان مراجعه کنید و نتیجه را به رویت پزشک معالج برسانید.</li> <li>- مشاهده هرگونه ترشح، خونریزی، تغییر رنگ یا تورم در محل عمل جراحی</li> <li>- متوجه تغییراتی در توده شوید یا توده‌های جدید ظاهر شوند.</li> <li>- ترشح از نوک پستان وجود داشته باشد.</li> <li>- اگر دو سال است که معاینه پستان توسط پزشک انجام نشده است.</li> <li>- پس از شروع درمان علائم بدتر شوند و یا رو به بهبودی نگذارند.</li> <li>- علائم جدید ایجاد شوند.</li> <li>- سایر موارد نگران کننده و یا اورژانسی</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                               |                    |              |  |  |