

فرم شماره 2- آموزش به بیمار و خانواده

مراقبت های پس از ترخیص

فتق کشاله ران

| 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 کنید:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                    |
| مراقبت در منزل:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                               |                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- پس از شروع تغذیه هیچ ممنوعیت غذایی ندارید مگر در مورد بیماری های خاص (فشار خون بالا، دیابت، بیماری های قلبی و...)</li> <li>- طی دو هفته بعد از عمل از مصرف مواد نفاخ (ذرت، لوبیا، نخود، نوشابه های گازدار) خودداری کنید.</li> <li>- رژیم غذایی باید حاوی مقادیر کافی گوشت، تخم مرغ و لبنیات، میوه و سبزیجات باشد.</li> <li>- با خوردن سبزی ها و میوه های تازه و نوشیدن مقادیر زیادی مایعات در روز از یبوست جلوگیری کنید.</li> <li>- فعالیت های خود را در عرض 3 الی 5 روز پس از عمل جراحی، از سر بگیرید (فعالیت های سبک) ولی از انجام کارهای سنگین حداقل تا دو ماه و به طور معمول تا شش ماه باید پرهیز کنید.</li> <li>- تا زمانی که پزشک موافقت نکرده است ورزش را از سر نگیرید.</li> <li>- از فعالیت زیاد کودک تا 2-3 هفته خودداری کنید.</li> <li>- برش جراحی را تمیز و خشک نگه دارید.</li> <li>- از تماس پوشک کودک با پانسمان جراحی خودداری شود و برای جلوگیری از عفونت ناحیه عمل، پوشک را به صورت مکرر تعویض کنید.</li> <li>- توجه به علائم و نشانه های عفونت مانند تب، ترشح چرکی از محل عمل داشته باشید.</li> <li>- در صورتی که محل زخم مشکلی نداشته باشد با اجازه پزشک پس از 48 ساعت می توانید استحمام کنید.</li> <li>- بخیه ها را با نظر پزشک پس از 7 تا 10 روز می توان خارج کرد.</li> <li>- تمیز و خشک نگه داشتن شکاف جراحی، دوش گرفتن به جای وان به مدت یک هفته پس از عمل برای پیشگیری از عفونت ناحیه عمل ضروری است.</li> <li>- کاهش وزن در افراد چاق توصیه می شود.</li> <li>- به محض احساس دفع به دستشویی رفته و از احتباس مدفوع خودداری کنید.</li> <li>- شایعترین عارضه جراحی فتق درد ناحیه می باشد که گاهی تا یک سال باقی می ماند و آزار دهنده است و مصرف مسکن ها با تجویز پزشک می تواند کمک کننده باشد.</li> <li>- از عوارض دیگر جراحی فتق سوزش و خارش ناحیه عمل می باشد که در صورت تشدید و عدم تحمل به پزشک مراجعه کنید.</li> <li>- از استعمال دخانیات خودداری کنید.</li> <li>- جهت تسکین درد از داروی مسکن تجویز شده طبق دستور پزشک استفاده کنید.</li> <li>- داروهای تجویز شده توسط پزشک (مانند آنتی بیوتیک در ساعات معین) طبق دستور و تا اتمام کامل دوره توصیه شده مصرف کنید.</li> </ul> |                                                               |                    |
| در صورت مشاهده موارد زیر به بیمارستان و یا پزشک مراجعه کنید                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                               |                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- در صورت خارج شدن ترشح از محل بخیه ها، تورم، قرمزی</li> <li>- دردناک شدن محل عمل و تب</li> <li>- سایر موارد نگران کننده و یا اورژانسی</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                               |                    |