

پیوند کبد

| 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>- خوردن یک رژیم غذایی متعادل به خصوص پس از پیوند کبد به شما کمک می کند تا سالم بمانید.</li> <li>- به طور کلی، رژیم غذایی بعد از پیوند کبد باید میزان کمی نمک، ادویه، چربی و قند داشته باشد.</li> <li>- برای جلوگیری از آسیب رساندن به کبد جدید، مهم است که از مصرف الکل اجتناب کنید.</li> <li>- توصیه های متخصص تغذیه پس از پیوند کلیه ممکن است شامل این موارد باشد:</li> <li>- خوردن میوه و سبزیجات حداقل پنج وعده در روز</li> <li>- نوشیدن آب به میزان کافی در طول روز</li> <li>- مصرف فیبر کافی در رژیم غذایی روزانه</li> <li>- نوشیدن فرآورده های لبنی کم چرب برای حفظ سطح کلسیم و فسفر بدن</li> <li>- خوردن گوشت مرغ و ماهی</li> <li>- دنبال کردن دستورالعمل های توصیه شده از طرف پزشک</li> <li>- پس از پیوند، باید تا آنجا که می توانید راه بروید. سپس، بسته به پیشرفت شما، می توانید فعالیت بدنی بیشتری را به زندگی روزمره خود اضافه کنید.</li> <li>- قدم زدن، دوچرخه سواری، شنا و سایر فعالیت های بدنی که لذت می برید، می تواند بخشی از یک سبک زندگی سالم و فعال پس از پیوند باشد. اما قبل از شروع یا تغییر روش رفتاری، مطمئن باشید که تیم پیوندتان را نیز در جریان بگذارید.</li> <li>- وزن خود را در محدوده ی سالم حفظ کنید.</li> <li>- از انجام فعالیت های شدید و ورزش های پربرخورد اجتناب کنید.</li> <li>- از مکان های آلوده و همچنین افراد مبتلا به بیماری های عفونی قابل سرایت مانند آبله، سرخک، سرماخوردگی، آنفولانزا و ... خودداری کنید.</li> <li>- بهداشت فردی خود را بیش از قبل رعایت کنید.</li> <li>- در مورد برقراری رابطه ی جنسی با پزشک خود مشورت کنید.</li> <li>- محل جراحی را بطور روزانه از لحاظ بروز علائمی مانند ترشح مایع، خون، قرمزی و ... بررسی کنید.</li> <li>- مصرف بعضی از داروها پس از پیوند کبد اجباری است. بعضی از این داروها کمک می کند تا سیستم ایمنی بدن به کبد جدید حمله نکند. داروهای دیگر می توانند خطر بروز عوارض دیگر را کاهش دهند.</li> <li>- در صورت وجود بیماری های زمینه ای مانند فشارخون و دیابت، این بیماری ها را کنترل کنید.</li> <li>- از مصرف خودسرانه ی دارو و خود درمانی اجتناب کنید.</li> <li>- جلسات معاینه و ملاقات با پزشکتان را دنبال 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>- بروز علائم عفونت مانند تب، قرمزی و التهاب</li> <li>- سایر موارد نگران کننده و یا اورژانسی</li> </ul> |                                                               |                    |