



فرم شماره 2- آموزش به بیمار و خانواده

مراقبت های پس از ترخیص

عفونت ویروسی در دیالیز

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |               |                                                               |                    |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|---------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|
| شماره پرونده:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  | نام خانوادگی: | نام:                                                          | بخش:               | پزشک معالج:  |
| نام پدر:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  | تاریخ تولد:   | 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |               |                                                               |                    |              |
| مراقبت در منزل:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |               |                                                               |                    |              |
| <p><b>پیشگیری از هپاتیت بی و سی و ایدز</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- از وسایل دیگران استفاده نکنید وسایل شخصی شما شامل ناخن گیر، ریش تراش و شانه، لیوان و قاشق و ... می باشد.</li> <li>- هرگز از وسایل تیز و برنده، نظیر سرنگ و سوزن، تیغ اصلاح و مسواک به صورت مشترک استفاده نکنید.</li> <li>- از انجام کارهایی که به سوراخ شدن و ایجاد خراش در پوست منجر می شود، نظیر خالکوبی و حجامت در مراکز غیرمطمئن و آلوده پرهیز کنید.</li> <li>- از تماس جنسی مشکوک و حفاظت نشده پرهیز کنید.</li> <li>- اگر به مواد مخدر اعتیاد دارید نسبت به ترک آن اقدام کنید.</li> <li>- نسبت به سه نوبت تزریق واکسیناسیون هپاتیت B خود اقدام کنید.</li> <li>- در صورت ایجاد زخمی در بدن زخم را با آب و صابون شستشو داده و به وسیله پانسمان بخوبی محافظت کنید.</li> <li>- اشیاء آلوده به خون را در کیسه پلاستیکی جمع آوری کرده و بسوزانیم.</li> <li>- وسائلی را که به خون آلوده می شوند سریعاً با مواد ضدعفونی کننده مانند مایع سفید کننده لباس تمیز کنید.</li> </ul> <p><b>پیشگیری از هپاتیت آ (A)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- بهداشت فردی خصوصاً شستشوی دست ها با آب و صابون بعد از توالت و قبل از غذا خوردن را رعایت کنید.</li> <li>- سبزیجات مصرفی را به طور صحیح ضدعفونی کنید.</li> <li>- لوازم شخصی، ظروف غذا و آشامیدنی خود را باید از ظروف دیگران جدا کنید.</li> <li>- در محل انجام دیالیز از خوردن و آشامیدن خودداری 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>- اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان علائم عفونت ایدز یا انواع هپاتیت را داشتید.</li> <li>- علائم یک عفونت دیگر ظاهر شوند (تب، سرفه و یا اسهال)</li> <li>- علائم جدید و غیر قابل توجیه ایجاد شود</li> <li>- سایر موارد نگران کننده و یا اورژانسی</li> </ul> |  |  |               |                                                               |                    |              |