

فرم شماره 2- آموزش به بیمار و خانواده

مراقبت‌های پس از ترخیص

نارسایی قلبی

| شماره پرونده:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                              |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| نام خانوادگی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | نام:                                                                         | بخش:<br>اتاق:<br>تخت: |
| نام پدر:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | تاریخ تولد:<br>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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |                       |
| <p><b>مراقبت در منزل:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- معمولاً یک رژیم غذایی کم نمک و اجتناب از مصرف مقادیر زیاد مایع توصیه می‌شود. به همین منظور توصیه می‌شود بیشتر از 2-1/5 لیتر در روز مایعات (آب و آب‌میوه و شیر و سوپ و...) مصرف نکنید.</li> <li>- چربی و لبنیات پرچرب را محدود نموده و از غذاهای دریایی بیشتر استفاده کنید.</li> <li>- غذا را در وعده‌های زیاد و با حجم کم مصرف کنید. از میوه‌جات و سبزیجات تازه بیشتر استفاده کنید.</li> <li>- غذاهایی را انتخاب کنید که میزان نمک کمی دارند، مانند انواع گوشت سفید تازه از جمله مرغ و ماهی، انواع حبوبات، تخم مرغ، ماست، شیر، برنج و ماکارونی از چاشنی‌ها و ادویه‌های مناسب استفاده کنید.</li> <li>- استفاده از آب لیموی تازه، فلفل سبز، سیر و پیاز، سبزیجات معطری چون ریحان و مرزه در ایجاد طعم موثر خواهد بود.</li> <li>- در صورت داشتن بیماری‌هایی مانند دیابت، بیماری عروق کرونر و فشار خون بالا، توصیه می‌شود با راهنمایی کارشناس تغذیه، رژیم غذایی صحیح و مناسب خود را دریافت کرده و رعایت کنید.</li> <li>- زمانی که بیماری تحت کنترل در آمده از استراحت طولانی مدت در بستر اجتناب کرده با نظر پزشک فعالیت فیزیکی 40 تا 45 دقیقه در روز داشته باشید.</li> <li>- تا زمانی که بیماری تحت کنترل در نیامده از فعالیت بدنی غیر ضروری (مثل بالا رفتن از راه پله) خودداری کنید.</li> <li>- از انجام فعالیت‌های فیزیکی در محیط‌های خیلی گرم، خیلی سرد یا هوای مرطوب اجتناب کنید.</li> <li>- مطمئن شوید قادر هستید حین فعالیت صحبت کنید اگر نتوانستید این کار را انجام دهید شدت فعالیت خود را کاهش دهید. اگر حین فعالیت تنگی نفس، درد یا سرگیجه رخ داد فعالیت فیزیکی خود را کم کنید.</li> <li>- فعالیت‌های خود را با حرکات ملایم ختم کنید و یک دوره آرامش داشته باشید و از انجام فعالیت‌های سنگین و کار زیاد اجتناب کنید.</li> <li>- در طی دوره‌های استراحت پاهای خود را به منظور جلوگیری از ورم بالا ببرید و در طی روز از جوراب‌های مخصوص استفاده کنید.</li> <li>- در مرحله حاد در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار بگیرید. در معرض هوای خیلی گرم یا خیلی سرد قرار نگیرید.</li> <li>- کنترل علائم و وزن روزانه، پیشگیری از عفونت با ایمن‌سازی نسبت به آنفولانزا و پنوموکوک، عدم مصرف الکل و دخانیات (سیگار، تنباکو) به پیشگیری از بدتر شدن بیماری کمک می‌کند.</li> <li>- داروهای ادرارآور (دیورتیک‌ها) برای کاهش تجمع مایع در بدن و تورم اندام‌ها و داروهای از خانواده دیژیتال برای تقویت و تنظیم ضربان قلب تجویز می‌شود.</li> <li>- داروهای ضد نامنظمی ضربان قلب برای منظم کردن ضربان قلب تجویز می‌شود.</li> <li>- داروهای گشاد کننده عروق برای کاهش فشار خون است حتی اگر فشار خون طبیعی باشد.</li> <li>- دوره درمان را کامل و جهت تجویز مجدد دارو به پزشک مراجعه کنید تا با وضعیت کنونی شما دوز دارو را تغییر دهد و از مصرف خودسرانه مسکن 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>- تب، دردهای عضلانی، بدتر شدن علائم، افزایش وزن به میزان حدود 2-1/5 کیلوگرم در عرض 2-1 روز</li> <li>- سردرد و سرگیجه شدید، نامنظم شدن ضربان قلب، خس‌خس سینه، سرفه همراه با زیاد شدن خلط یا خلط خونی، تنگی نفس، خستگی و بی‌قراری</li> <li>- سایر موارد نگران کننده و یا اورژانسی</li> </ul> |                                                                              |                       |