



فرم آموزش بدو ورود و حین بستری به بیمار

کد سند: SSH-BGC-PE-002

Attending physician پزشک معالج		Father's Name نام پدر		Family/Name نام و نام خانوادگی	
Date & Time of Admission ساعت و تاریخ بستری		Date of Birth تاریخ تولد		Unit No شماره پرونده	
Ward بخش					
آموزش دهنده/تاریخ و ساعت /مهروامضاء		آموزش گیرنده/ تاریخ امضاء یا اثر انگشت / نسبت با بیمار		عنوان	
				<input type="checkbox"/> آموزش بدو ورود <input type="checkbox"/> اهمیت دستبندشناسایی <input type="checkbox"/> بیمه و هزینه های درمان <input type="checkbox"/> پذیرش تکمیل <input type="checkbox"/> ارسال لینک <input type="checkbox"/> منشور حقوق بیمار <input type="checkbox"/> رسیدگی به شکایات <input type="checkbox"/> بروشور / پمفلت <input type="checkbox"/> QR Code	
موانع آموزش: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد: <input type="checkbox"/> بی سواد /کم سواد <input type="checkbox"/> اختلالات بینایی <input type="checkbox"/> اختلالات شنوایی <input type="checkbox"/> پایین بودن سطح هوشیاری <input type="checkbox"/> اختلالات روانی <input type="checkbox"/> عقب مانده ذهنی <input type="checkbox"/> عوامل فرهنگی و اجتماعی <input type="checkbox"/> زبان <input type="checkbox"/> نوزاد /کودک <input type="checkbox"/> درد و اضطراب <input type="checkbox"/> سایر بیمار پرخطر: <input type="checkbox"/> سقوط <input type="checkbox"/> زخم فشاری <input type="checkbox"/> سوء تغذیه <input type="checkbox"/> ترومبوز <input type="checkbox"/> پلوی فارمسی <input type="checkbox"/> مادر پرخطر <input type="checkbox"/> سایر بیمار آسیب پذیر: <input type="checkbox"/> سالمند <input type="checkbox"/> نوزادان/کودکان <input type="checkbox"/> بیماران مقیم مراکز نگهداری <input type="checkbox"/> اختلالات ذهنی <input type="checkbox"/> اختلالات روانی <input type="checkbox"/> اختلالات روانپزشکی <input type="checkbox"/> معلولیت های جسمی <input type="checkbox"/> مجهول الهویه <input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/> دارای انگ اجتماعی <input type="checkbox"/> سایر سطوح مراقبتی: <input type="checkbox"/> سطح یک <input type="checkbox"/> سطح دو <input type="checkbox"/> سطح سه <input type="checkbox"/> سطح چهار <input type="checkbox"/> سطح پنج <input type="checkbox"/> ابزار آموزش: <input type="checkbox"/> چهره به چهره (مطابق فرم آموزش به بیمار) <input type="checkbox"/> پمفلت <input type="checkbox"/> کتابچه <input type="checkbox"/> ارسال لینک <input type="checkbox"/> فیلم آموزشی <input type="checkbox"/> QR CODE					
عنوان		نوع آموزش		آموزش گیرنده / تاریخ امضاء یا اثر انگشت / نسبت با بیمار	
عنوان		نوع آموزش		آموزش دهنده تاریخ/مهروامضاء	
عنوان		نوع آموزش		اثر بخشی آموزش به بیمار / تاریخ	
آموزش های بدو ورود <input type="checkbox"/> اهمیت دستبند شناسایی ، زنگ احضار پرستار، نحوه و اهمیت استفاده از اهرم های تخت <input type="checkbox"/> نحوه استفاده از امکانات بخش مانند تفکیک زباله ، حمام و دستشویی ، میل تاشو، یخچال ، تلویزیون ، میز تیمم ، قبله ، پله اضطراری <input type="checkbox"/> بهداشت دست و بهداشت فردی <input type="checkbox"/> منشور حقوق بیمار <input type="checkbox"/> فرآیند رسیدگی به شکایات <input type="checkbox"/> حضور همراه و ساعات ملاقات <input type="checkbox"/> ممنوعیت استفاده از دخانیات <input type="checkbox"/> نصب و نحوه استفاده از ابزار آموزشی QR Code <input type="checkbox"/> نحوه استفاده از ابزار Ray Chat (از من بپرس) <input type="checkbox"/> آشنایی با امکانات رفاهی بیمارستان (بوفه ، کپی ، دستگاه خود پرداز ، تأمین آبجوش ، ژتون غذای آشپزخانه ، کارت همراه بیمار، اقامتگاه) <input type="checkbox"/> معرفی پزشک و سرپرستار <input type="checkbox"/> نحوه دسترسی به کپی پرونده بیمار <input type="checkbox"/> نحوه دسترسی به مددکار و روانشناس و کارشناس مذهبی سایر.....					
سوالات بیمار / مراقب بیمار: * * *					



ابزار آموزش: چهره به چهره (مطابق فرم آموزش به بیمار) <input type="checkbox"/> پمفلت <input type="checkbox"/> کتابچه <input type="checkbox"/> ارسال لینک <input type="checkbox"/> کلیپ <input type="checkbox"/> QR CODE <input type="checkbox"/>					
عنوان	نوع آموزش	محتوای آموزش	آموزش گیرنده تاریخ / امضا یا اثر انگشت / نسبت با بیمار	آموزش دهنده تاریخ / مهر / امضاء	اثربخشی آموزش به بیمار / تاریخ
آموزش حین بستری	افزایش آگاهی در مورد نوع بیماری / عوارض احتمالی سیر بیماری و روش برخورد با آن مطابق نظر پزشک				<input type="checkbox"/> یادگیری کامل <input type="checkbox"/> عدم یادگیری <input type="checkbox"/>
	علائم هشدار جهت اطلاع فوری به پزشک و پرستار				<input type="checkbox"/> یادگیری کامل <input type="checkbox"/> عدم یادگیری <input type="checkbox"/>
	مراحل و طول مدت احتمالی درمان طبق نظر پزشک				<input type="checkbox"/> یادگیری کامل <input type="checkbox"/> عدم یادگیری <input type="checkbox"/>
	دارو و عوارض احتمالی دارو				<input type="checkbox"/> یادگیری کامل <input type="checkbox"/> عدم یادگیری <input type="checkbox"/>
	روش تسکین و مدیریت درد				<input type="checkbox"/> یادگیری کامل <input type="checkbox"/> عدم یادگیری <input type="checkbox"/>
	پوزیشن / محدوده / محدودیت حرکتی / بازتوانی				<input type="checkbox"/> یادگیری کامل <input type="checkbox"/> عدم یادگیری <input type="checkbox"/>
	تغذیه و رژیم غذایی				<input type="checkbox"/> یادگیری کامل <input type="checkbox"/> عدم یادگیری <input type="checkbox"/>
	آمادگی قبل و بعد از پروسیجر / عمل جراحی				<input type="checkbox"/> یادگیری کامل <input type="checkbox"/> عدم یادگیری <input type="checkbox"/>
	سایر موارد خودمراقبتی بیمار				<input type="checkbox"/> یادگیری کامل <input type="checkbox"/> عدم یادگیری <input type="checkbox"/>