

فرم شماره ۲- آموزش به بیمار و خانواده

مراقبت های پس از ترخیص

سزارین

| 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>- از مصرف غذاهای نفاخ و دیر هضم اجتناب کنید و جهت جلوگیری از یبوست رژیم غذایی پرفیبر (میوه و سبزیجات) و مایعات مصرف کنید.</li> <li>- از زور زدن، بلند کردن اجسام سنگین، رانندگی (تا زمانی که پزشک توصیه کرده است) خودداری کنید.</li> <li>- با مشورت پزشک تا ۶-۴ هفته پس از زایمان بهتر است از انجام مراقبت خودداری کنید.</li> <li>- از بلند کردن اشیاء سنگین تر از وزن نوزاد تا ۸ هفته پرهیز کنید.</li> <li>- با نظر پزشک روز دوم پس از عمل پانسمان را برداشته و دوش بگیرید و روی زخم را باز بگذارید.</li> <li>- قبل از هر بار شیر دهی دست‌ها را با آب و صابون شسته و برای تمیز کردن نوک سینه‌ها فقط از آب استفاده کنید.</li> <li>- در دو سه روز اول پس از زایمان، میزان ترشح شیر کم است که با مکیدن نوزاد به تدریج اضافه می‌گردد.</li> <li>- از نشستن طولانی مدت در صندلی و فشار بر زانو‌ها انداختن پاها روی یکدیگر و بی حرکتی اجتناب کنید.</li> <li>- لباس زیر را روزانه تعویض کنید و از لباس‌های زیر نخی استفاده و از پوشیدن لباس‌های حاوی الیاف مصنوعی و جوراب شلواری‌های تنگ و پلاستیکی خودداری کنید. لباس زیر همیشه باید خشک باشد و از مرطوب شدن آن پرهیز کنید.</li> <li>- در صورت تجویز دارو طبق دستور پزشک در فواصل معین و یک دوره کامل مصرف کنید و مصرف مسکن را طبق تجویز پزشک مصرف کنید.</li> <li>- ۱۰-۷ روز بعد، جهت کشیدن بخیه به پزشک معالج مراجعه 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>- در صورت قرمزی یا ترشحات چرکی از محل برش جراحی به پزشک معالج و یا درمانگاه مراجعه کنید.</li> <li>- در صورت خونریزی شدید یا ترشحات بد بوی واژینال، تب و لرز، رنگ پریدگی، درد ساق پا، سرگیجه، علائم شوک (سردی اندامها، تنفس تند، گیجی و سر درد)، اختلال در دفع ادرار و اجابت مزاج به پزشک مراجعه کنید.</li> <li>- در صورت سفتی سینه، درد، قرمزی و التهاب سینه به پزشک خود مراجعه کنید.</li> <li>- سعی کنید به میزان کافی آب مصرف کنید چرا که به رفع یبوست کمک می‌کند.</li> <li>- در ده روز اول پس از زایمان، حتماً به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کنید.</li> <li>- درد موضع عمل و درد ناشی از انقباضات رحم در پی شیردهی ممکن است احساس شود، مسکن‌های تجویز شده را طبق دستور پزشک مصرف کنید.</li> <li>- جهت جلوگیری از فشار به محل بخیه در صورت امکان از توالی فرنگی استفاده کنید.</li> <li>- در فواصل فعالیت روزمره استراحت کافی داشته باشید.</li> <li>- پانسمان ناحیه ضد آب و شفاف است و می‌تواند در صورت بروز مشکل خاص هر روز به روش ایستاده استحمام کنید.</li> <li>- سایر موارد نگران کننده و یا اورژانسی</li> </ul> |                                                                              |                       |