

فرم شماره 2- آموزش به بیمار و خانواده

مراقبت های پس از ترخیص

آسفیکسی

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |               |                                                               |                    |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|---------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|
| 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |               |                                                               |                    |              |
| <p><b>مراقبت در منزل:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- پس از توانایی نوزاد در هضم شیر و عدم استفراغ آن، نوزاد ترخیص می گردد.</li> <li>- ممکن است نوزاد هنگام مکیدن و بلعیدن دچار وقفه تنفسی شود. پرستار به شما شیوه بررسی رنگ پوست و تنفس نوزاد و شیوه صحیح تغذیه به وی را آموزش می دهد تا تنفس های نوزاد به طور ثابت حفظ شود.</li> <li>- درجه حرارت بدن نوزاد را تا حد امکان ثابت نگه دارید.</li> <li>- در هنگام تعویض لباس و حمام دادن از سرد شدن نوزاد جلوگیری کنید. اگر نوزاد سرد شد باید فوراً او را گرم کنید. تغییرات سریع درجه هوا می تواند باعث وقفه تنفسی گذرای نوزاد شود.</li> <li>- قبل از تماس با نوزاد حتماً دست های خود را بشویید و در صورتی که فرد دیگری از نوزاد مراقبت می کند این موضوع را به او گوشزد کنید.</li> <li>- در صورتی که دچار سرماخوردگی هستید از ماسک استفاده کنید و یا در صورت امکان از کودک خود فاصله بگیرید.</li> <li>- از تماس افراد مبتلا به بیماری های عفونی و سرماخورده با نوزاد خود خودداری کنید.</li> <li>- مواظب باشید که نوزاد در معرض افراد سیگاری قرار نگیرد. اگر شما یا فرد دیگری در منزل سیگار می کشد زمان آن رسیده است تا مصرف سیگار را قطع کنید.</li> <li>- اجازه دهید نوزادتان خواب آرامی داشته باشد و در بین خواب او را بیدار نکنید.</li> <li>- توجه کنید وضعیت نوزاد به صورتی باشد که سر و گردن نوزاد در یک خط مستقیم قرار بگیرد. این وضعیت از پیچ خوردن راه هوایی جلوگیری می کند. حفظ وضعیت مناسب راه هوایی در هنگام تغذیه، خواب و نوازش نوزاد خیلی مهم است.</li> <li>- برای خواب نوزاد از تخت بچه استفاده کنید و از تخت بزرگسالان و مبل های فتری استفاده نکنید.</li> <li>- از صندلی مخصوص ماشین فقط در ماشین استفاده کنید و برای خوابیدن نوزاد در طول شب و خواب نیم روزی استفاده نکنید.</li> <li>- هنگام خواب اسباب بازی ها و بالش ها را از داخل تخت بردارید تا باعث خفگی نوزاد نشوند.</li> <li>- هرگز نوزاد را خیلی شدید تکان ندهید.</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>- چند روز بعد از ترخیص حتماً به پزشک متخصص نوزادان جهت پیگیری درمان مراجعه کنید.</li> <li>- در صورت افزایش تعداد تنفس به همراه تو کشیده شدن قفسه سینه در زمان بازدم و کبودی اندام ها به پزشک مراجعه کنید.</li> </ul> |  |  |               |                                                               |                    |              |