

فرم شماره 2- آموزش به بیمار و خانواده

مراقبت های پس از ترخیص

افت قند خون در نوزادان

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |                    |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |                    | شماره پرونده: |
| نام خانوادگی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | نام:                                                          | بخش:               | پزشک معالج:   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               | اتاق:              |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               | تخت:               |               |
| نام پدر:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | تاریخ تولد:                                                   | تشخیص (علت بستری): | تاریخ پذیرش:  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | جنس: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد |                    |               |
| 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>- به صورت مکرر نوزاد را با شیر مادر تغذیه نمائید.</li> <li>- در اکثر موارد نوزاد می تواند شیر مادر را بخورد مگر اینکه پزشک صلاح بداند که شیر مادر موقتاً داده نشود.</li> <li>- محدودیت فعالیت وجود ندارد.</li> <li>- تامین درجه حرارت مناسب و پیشگیری از استرس و سرما (هیپوترمی)</li> <li>- شیردهی نوزاد را با توجه به نیاز نوزاد تنظیم کنید و به تاخیر نیندازید.</li> <li>- از دادن داروهای گیاهی به نوزاد خودداری کنید.</li> <li>- به دفع ادرار و مدفوع نوزاد توجه کنید و در صورت عدم ادرار به پزشک معالج مراجعه نمائید.</li> <li>- از پوست نوزاد مراقبت کنید (شستشو و خشک کردن آن).</li> <li>- در صورت افزایش درجه حرارت بدن یا بیحال شدن ابتدا درجه حرارت اتاق را کنترل کرده و سپس نوزاد را با شیر تغذیه نمائید و پوشش نوزاد را نیز کم کنید.</li> <li>- درمان دارویی نیاز نیست (مگر با صلاحدید پزشک).</li> <li>- در صورت نیاز به دارو توسط پزشک تجویز و طبق دستور پزشک مصرف شود.</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 بروز لرزش اندامها و ضعف و بی حالی و کاهش قدرت عضلات و عدم شیر خوردن و مشکلات تنفسی و تب بالا به پزشک مراجعه کنید.</li> <li>- به طور منظم جهت معاینه نوزاد به پزشک معالج مراجعه کنید.</li> </ul> |                                                               |                    |               |