



فرم شماره 2- آموزش به بیمار و خانواده

مراقبت های پس از ترخیص

پیوند ریه

| 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>- در مورد رژیم غذایی مناسب خود حتماً با پزشک یا کارشناس تغذیه مشورت کنید.</li> <li>- مصرف مواد غذایی سرشار از فیبر مانند میوه و سبزیجات تازه را در رژیم غذایی روزانه‌ی خود بگنجانید.</li> <li>- مصرف مواد غذایی مغذی مانند گوشت ماهی، مرغ، لبنیات کم چرب، غلات و پروتئین‌ها را در رژیم غذایی خود بگنجانید.</li> <li>- از مصرف غذاهای حاوی چربی‌های اشباع شده یا ترانس و یا مصرف غذاهای با کالری بالا خودداری کنید.</li> <li>- از مصرف گریپ فروت یا آب گریپ فروت که ممکن است بر داروهای مصرفی شما تأثیر بگذارند، اجتناب کنید.</li> <li>- مصرف نمک را در رژیم غذایی خود محدود کنید.</li> <li>- از مصرف نوشیدنی‌های الکلی خودداری کنید.</li> <li>- سعی کنید در طول روز وعده‌های غذایی را به قسمت‌های کوچک‌تری تقسیم کرده و میل کنید.</li> <li>- از استعمال سیگار و سایر دخانیات و یا قرار گرفتن در اطراف افرادی که سیگار می‌کشند، خودداری کنید.</li> <li>- به اندازه‌ی کافی در طول روز استراحت کنید.</li> <li>- تا زمان اجازه‌ی پزشک، از رانندگی کردن اجتناب کنید.</li> <li>- زمان مناسب برای بازگشت به سر کار را از پزشک خود بپرسید.</li> <li>- درباره‌ی فعالیت‌های جنسی خود با پزشکتان مشورت کنید.</li> <li>- بدون نظر پزشک، از سفرهای هوایی یا رفتن به نقاط مرتفع خودداری کنید.</li> <li>- ورزش منظم و فعالیت‌هایی مانند پیاده‌روی یا دوچرخه سواری را در برنامه‌ی روزانه خود قرار دهید.</li> <li>- در حین انجام فعالیت، به طور مکرر استراحت کنید.</li> <li>- از انجام فعالیت‌های شدید و پر برخورد و یا فعالیت در محیط‌های آلوده اجتناب کنید.</li> <li>- پس از عمل تا مدتی از بلند کردن اجسام سنگین و یا زور زدن اجتناب کنید.</li> <li>- در صورت وجود بیماری‌های زمینه‌ای دیگر مانند دیابت و فشارخون و... این بیماری‌ها را کنترل کنید.</li> <li>- با استفاده از روش‌های مناسب، استرس و اضطراب خود را کنترل کنید.</li> <li>- حتماً واکسن ذات‌الریه و آنفولانزای سالانه بزنید.</li> <li>- داروهای تجویز شده توسط پزشکتان را به طور منظم و دقیق مصرف کنید.</li> <li>- در مورد نیاز به تغییر نوع یا دوز مصرفی داروهایی که پیش از پیوند مصرف می‌کرده اید، با پزشکتان مشورت کنید.</li> <li>- برنامه‌ی درمانی و توانبخشی خود و جلسات ملاقات با پزشک را پیگیری نمایید.</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 بالا</li> <li>- علائم آنفولانزا مانند لرز، بدن درد، سر درد، گیجی، حالت تهوع و استفراغ و ...</li> <li>- درد شدید قفسه‌ی سینه</li> <li>- تنگی نفس</li> <li>- سایر موارد نگران کننده و یا اورژانسی</li> </ul> |                                                                              |                       |