



# نکات مهم در مصرف داروهای تنفسی

فرم شماره 2- آموزش به بیمار و خانواده

مراقبت های پس از ترخیص

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |               |  |  |                                                               |  |  |                    |  |  |              |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|--|--|---------------------------------------------------------------|--|--|--------------------|--|--|--------------|--|--|
| 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |               |  |  |                                                               |  |  |                    |  |  |              |  |  |
| مراقبت در منزل:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |               |  |  |                                                               |  |  |                    |  |  |              |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- داروهای ضد سرفه</li> <li>- چگونگی مصرف داروها</li> <li>- طبق دستور برچسب دارو مصرف کنید.</li> <li>- در مورد داروهای مایع، بعد از مصرف دارو حداقل 15 دقیقه هیچ مایعی مصرف نکنید.</li> <li>- علائم و نشانه های ناشی از دارو که باید به پزشک یا پرستار خود اطلاع دهید</li> <li>- کاهش اشتها تهوع استفراغ تاری دید سایر علائم نگران کننده</li> <li>- نکات خاص</li> <li>- این داروها می توانند باعث خواب آلودگی یا سرگیجه شوند.</li> <li>- نوشیدن چایی یا قهوه می تواند باعث رفع خواب آلودگی گردد.</li> <li>- روزانه 6 تا 8 لیوان آب بنوشید.</li> <li>- اگر دچار خشکی دهان شدید، نوشیدن مایعات خنک و خوردن آب نبات در رفع آن کمک کننده است.</li> <li>- داروها را دور از دسترس کودکان قرار دهید.</li> <li>- از مصرف الکل اجتناب کنید.</li> <li>- داروهای گشاد کننده برونش، برونکو دیلاتورها</li> <li>- عملکرد این دارو</li> <li>- جهت تسهیل تنفس تجویز می شود.</li> <li>- چگونگی مصرف این داروها</li> <li>- قبل از هر بار مصرف خوب تکان دهید.</li> <li>- بینی و گلو خود را تمیز کنید.</li> <li>- بازدم عمیق داشته باشید.</li> <li>- قسمت دهانی را در دهان خود گذاشته و لب های خود را دور آن فشار دهید.</li> <li>- با یک دم عمیق و آرام حدود 10 ثانیه دارو را استنشاق کنید.</li> <li>- برای چند ثانیه نفس خود را نگه دارید.</li> <li>- قسمت دهانی را درآورده و آرام بازدم داشته باشید.</li> <li>- دارو را طبق دستور پزشک مصرف کنید. (دوز معمول عبارت است از 2 پاف، 4 بار در روز)</li> <li>- اگر بیش از یک نوع داروی استنشاقی تجویز شده است، فاصله مصرف داروها از یک دیگر نباید کمتر از 3-2 دقیقه باشد.</li> <li>- اگر از یک داروی استنشاقی استروئیدی نیز استفاده می کنید، اول از برونکودیلاتور استفاده کنید، 5 دقیقه صبر کنید و سپس داروی استنشاقی استروئیدی را مصرف کنید.</li> <li>- علائم و نشانه های ناشی از دارو که باید به پزشک یا پرستار اطلاع داده شوند</li> <li>- سرگیجه عصبی بودن ترمور و لرزش سردرد افزایش ضربان قلب احساس نیاز به انجام سریع کارها و حرکات تند</li> <li>- تهوع و استفراغ بی قراری بی خوابی گرفتگی سینه</li> <li>- اسپاسم ریه مقاومت به مصرف دارو سایر علائم نگران کننده</li> <li>- نکات خاص</li> <li>- قبل از مصرف هر گونه داروی بدون نسخه با پزشک خود مشورت کنید.</li> <li>- بعضی از این داروها بزاق و خلط را صورتی رنگ می کنند.</li> <li>- دارو را طبق دستور مصرف کنید، مصرف بیش از حد می تواند باعث ایجاد تحمل و مقاومت دارو شود.</li> <li>- اگر با مصرف این داروها مشکلات تنفسی بر طرف نشد با پزشک خود مشورت کنید.</li> <li>- روزانه با آب گرم، قسمت پلاستیکی دهانی را بشوئید و سپس خشک کنید.</li> <li>- 3 تا 6 دقیقه بعد از مصرف دارو اثر آن آغاز می شود و معمولاً 4 تا 6 ساعت طول می کشد.</li> <li>- هنگام عدم استفاده از دم بار، کلاهک محافظتی آن را نصب کنید.</li> </ul> |  |  |               |  |  |                                                               |  |  |                    |  |  |              |  |  |



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی رازی

فرم شماره 2- آموزش به بیمار و خانواده

مراقبت های پس از ترخیص



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی رازی

واحد آموزش سلامت