

دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي و درماني البرز

بیمارستان دكتر علي شريعتي

فرم شماره 1 مراقبت در منزل جهت معرفي بيمار به مراكز مشاوره

 **شماره :**

 **تاریخ:**

**واحد مراقبت در منزل :**

بدینوسیله بیمار ..............................................با تشخیص نهایی ................................. که به مدت .............. روز در بخش ....................... تحت درمان بوده اند ، جهت ادامه مراحل درمان و مراقبت در منزل با دستورات ذیل و خلاصه پرونده پیوست معرفی می شود.

**ادرس: شماره تلفن همراه بيمار:**

 **مهر و امضاء سرپرستاربخش:**

**دستورات درمانی و دارویی :** ( توسط پزشک معالج تکمیل می شود. )

1- ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................

2- ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................

3- ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................

4- ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................

5- ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**مهر و امضاء پزشک معالج :**

**برنامه مراقبتی :**  ( توسط پرستار مراقب تکمیل می شود. )

1- .........................................................................................................................................................................................................................................................................................

2- ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................

3- ............................................................................................................................................................................................................................................................................................

**مهر و امضاء سرپرستار / پرستار مراقب:**

ً این معرفی نامه در سه نسخه تهیه شده ، یک نسخه در پرونده بیمار ، یک نسخه در واحد مراقبت در منزل نگهداری می شود و یک نسخه به مراکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری ارجاع می شودًً



دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي و درماني البرز

بیمارستان دكتر علي شريعتي

فرم شماره 2 مراقبت در منزل جهت معرفي بيمار به مراكز مشاوره

 **شماره :**

 **تاریخ:**

**مرکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل** .............................................

بدینوسیله بیمار ....................................... ، با دستورات درمانی و برنامه مراقبتی پیوست ، جهت عقد قرار داد و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل به شرح ذیل معرفی می گردد . خواهشمند است گزارش اقدامات انجام شده به این واحد ارائه شود.

* **نحوه مراقبت مورد نیاز:**

**روزانه شبانه روزی موردی**

* **مدت مراقبت مورد نیاز :**

**ساعتی** .................. **ساعت**  **روزانه**  ................. **روز**  **هفتگی** .................. **هفته**

* **نوع مراقبت مورد نیاز :**
* مراقبت تخصصی ( توسط پرستار متخصص ارائه می شود )
* مراقبت عمومی ( توسط پرستار کارشناس / بهیار ارائه می شود )
* مراقبت اولیه ( توسط کمک پرستار / کمک بهیار ارائه می شود )

**مهر و امضاء واحد مراقبت در منزل :**

ًً این معرفی نامه در دو نسخه تهیه شده و یک نسخه در واحد مراقبت در منزل نگهداری می شود ًً