



BEYİN CERRAHİ HASTASI TABURCULUK YÖNERGESİ

Dokuman No:	KLN.FR.21
Yayın Tarihi:	06.09.2009
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	1/1

Hasta Adı-Soyadı:
Doğum Tarihi:

Protokol No
Servis Adı/Oda No

Sayın hastamız

Şu anda Çevre. Hastanesi'nin Beyin Cerrahi bölümünden taburcu olmak üzeresiniz. Sizlere geçmiş olsun der acil şifalar dileriz.

Aşağıdaki bilgiler taburcu olmanızdan sonra karşılaşılabilecek sıkıntıları gidermek ve tedavinizin devam süreci hakkında bilgilendirmek amacı ile hazırlanmış olup dikkatlice okumanızı ve saklamanızı öneririz.

TEŞHİS.....YATIŞ – ÇIKIŞ TARİHİ.....

Hastanın taburcu edildiği yer	<input type="checkbox"/> Ev	<input type="checkbox"/> Diğer.....					
Evde bakıma ihtiyacı var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır					
Evde bakımı karşılayacak kişi	<input type="checkbox"/> Aile	<input type="checkbox"/> Özel hemşire					
Cihaz Gereksinimi	<input type="checkbox"/> Aspiratör	<input type="checkbox"/> Oksijen tüpü	<input type="checkbox"/> Ventilatör	<input type="checkbox"/> Nebulizatör			
	<input type="checkbox"/> Diğer.....	<input type="checkbox"/> Yok					
Özel hemşire ise yönlendirilen yer/tel:							
Cihaz Koordinasyonu yönlendirilen yer/tel:							
A-İLAÇ TEDAVİSİ: Aşağıda kullanmanız gereken ilaçlar ve dozları belirtilmiş olup kullanım sürelerine dikkatle uymanızı öneririz.							
İlacın adı	Kullanım Şekli						Süresi
1.....	Aç	Tok	Sabah	Öğlen	Akşam	Gece
2.....	Aç	Tok	Sabah	Öğlen	Akşam	Gece
3.....	Aç	Tok	Sabah	Öğlen	Akşam	Gece
4.....	Aç	Tok	Sabah	Öğlen	Akşam	Gece
5.....	Aç	Tok	Sabah	Öğlen	Akşam	Gece

Kullanılan ilaçlardan özel bir besinle etkileşen varsa.....

B-DİYET TEDAVİSİ:.....

C-KULLANACAĞINIZ CİHAZDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:.....

D-KONTROL HAKKINDA: Lütfen gelişte doktorunuzun adına poliklinik kaydı alınız.

Kontrol Tarihi Geleceğiniz Poliklinik Başurmanız Önerilen Diğer Poliklinikler
.....

E-CERRAHİ MÜDAHALE YAPILDI İSE

Ameliyatla ilgili dikiş yerlerinizi koruyunuz. Ameliyat bölgenizde herhangi bir sıcaklık hissi, kızarıklık, ağrı, akıntı vb. saptarsanız en kısa sürede, herhangi bir problem çıkmaz ise dikişlerinizin alınması için aşağıdaki yazılı tarihte geliniz.

PANSUMAN SIKLIĞI:.....

DİKİŞİN ALINACAĞI TARİH:.....

NE ZAMAN BANYO YAPILABİLİR?:.....

F-DİĞER ÖNERİLER:.....

Yukarıdaki bilgileri aldığımı ve anladığımı onaylıyorum.

Adı Soyadı:.....

İmza:.....

GEREKTİĞİNDE İRTİBAT TEL:

DAHİLİ.....

DOKTOR İMZA KAŞE