



## KADIN DOĞUM HASTASI TABURCULUK YÖNERGESİ

Dokuman No:	KLN.FR.26
Yayın Tarihi:	06.09.2009
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	1/1

Adı Soyadı:  
Doğum Tarihi:  
Cinsiyeti:

Tarih:  
Protokol No:  
Servis:

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:				
Kullanılan İlaçlar	Veriliş Yolu	Saat		
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
<b>. Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar</b>				
1. Kendinizi fazla yormadan günlük aktivitelerinizi yapabilirsiniz, ancak kesinlikle ağır kaldırmayınız.				
2. Doktorunuzun tavsiye ettiği sürelerde pansumana gidiniz.				
3. Eve gittiğinizde banyonuzu 40 gün süre ile duş şeklinde yapınız, kesinlikle küvete girmeyiniz ve dikişinizin olduğu bölgeyi banyo esnasında ovalamayınız.				
4. Dikişinizin olduğu bölgeye reçetenizde doktorunuzun yazmış olduğu ilaçları önerilen süre ve şekilde kullanınız.				
5. İlk 1 hafta süre ile ağrılarınız olabilir. Bu durumda reçetenizde yazılan ağrı kesiciyi kullanabilirsiniz.				
6. Oturma banyosu.....				
7. Pansuman sıklığı.....				
8. Dikişin alınacağı tarih.....				
9. Ne zaman banyo yapabilir.....				
Diğer öneriler.....				
<b>Hekime başvurulması gereken durumlar</b>				
1-Cerrahi müdahale sonrasında aşırı vaginal kanama gözlediğinizde veya parça düşürdüğünüzde,				
2- Kötü kokulu akıntı, yüksek ateş (38°C ve üzeri),				
3- Dikiş bölgesinde akıntı,kanama,				
.....				
.....				
hekiminize başvurunuz.				
Kontrol randevu tarihi.../.../.....		Planlanan pansuman tarihi...../...../.....		
Hekimin Adı Soyadı:.....		Hemşirenin Adı Soyadı:.....		
Tarih .../.../..... Saat:.....				
Tel:..... İmza:.....		İmza:.....		
Yukarıdaki bilgileri aldığımı ve anladığımı onaylıyorum.				
Adı Soyadı:.....		İmza:.....		