



## ORTOPEDİ HASTASI TABURCULUK YÖNERGESİ

Dokuman No:	KLN.FR.28
Yayın Tarihi:	06.09.2009
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	1/1

Adı Soyadı:  
Doğum Tarihi:  
Cinsiyeti:

Tarih:  
Protokol No:  
Servis:

Sayın hastamız  
Şu anda Çevre.Hastanesi'nin Ortopedi bölümünden taburcu olmak üzeresiniz. Sizlere geçmiş olsun der acil şifalar dileriz.

Aşağıdaki bilgiler taburcu olmanızdan sonra karşılaşılabileceğiniz 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:		
<b>A-İLAÇ TEDAVİSİ:</b> 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>B-DİYET TEDAVİSİ:</b> .....		
<b>C-KULLANACAĞINIZ CİHAZDA DIKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:</b> .....		
<b>D-KONTROL HAKKINDA:</b> Lütfen gelişte doktorunuzun adına poliklinik kaydı alınız. Kontrol Tarihi Geleceğiniz Poliklinik Başvurmanız Önerilen Diğer Poliklinikler .....		
<b>E-CERRAHİ MÜDAHALE YAPILDI İSE</b> 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. <b>PANSUMAN SIKLIĞI:</b> ..... <b>DİKİŞİN ALINACAĞI TARİH:</b> ..... <b>NE ZAMAN BANYO YAPILABİLİR?:</b> .....		
<b>F-DİĞER ÖNERİLER:</b> .....		
Yukarıdaki bilgileri aldığımı ve anladığımı onaylıyorum. Adı Soyadı:..... İmza:.....		
GEREKTİĞİNDE İRTİBAT TEL: ..... DAHİLİ..... DOKTOR İMZA KAŞE		