



مرکز التعليمی والعلاجی

استمارة تثقیف المريض

(دلیل صرف المرضى)

رقم الملف:

اللقب:	الاسم:	القسم:	الطبيب المعالج:	
اسم الأب:	تاريخ الولادة:	الغرفة:	تاريخ القبول:	
		السري:		
العناوين التعليمية	التاريخ	الساعة	تعليم الطبيب	تعليم الممرض
المقدار، المدة الزمنية والطريقة الصحيحة لاستعمال الدواء				
التغذية (الأغذية المسموحة والمحظورة و...)				
العنايات الضرورية في البيت (ضمد الجرح، محل الجراحة والعضو المصاب و...)				
موعد مراجعة الطبيب:		محلّ المراجعة		
النتائج المتأخرة للاختبارات الباراكلينيكية:				
العلائم والأعراض المحذورة التي توجب مراجعة الطبيب فوراً:				
توقيع الطبيب وختمه:	توقيع الممرض وختمه:	توقيع المريض أو مرافقه:		