واحد آموزش وپیگیری بیمار—فرم نیازسنجی آموزشی جهت بیماران

|  |
| --- |
| نام ونام خانوادگی بیمار : بخش بستری: تشخیص:    سن بیمار: تاریخ پذیرش: |

مددجوی محترم لطفا از بین موارد زیر بر اساس اولویت، نیاز آموزشی خود را تعیین نماید لطفا امتیازات بین 1 تا 10 اولویت بندی شود

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| امتیاز | نیاز آموزشی | ردیف |
|  | آموزش رژیم غذایی | 1- |
|  | آموزش مصرف داروها | 2- |
|  | آموزش سبک زندگی | 3- |
|  | آموزش در خصوص خود مراقبتی | 4- |
|  | آموزش نحوه فعالیت بیمار | 5- |
|  | آموزش در خصوص بیماری وتشخیص آن وروش های درمانی | 6- |
|  | آموزش در خصوص داروها ، مصرف داروها،عوارض | 7- |
|  | آموزش مراقبت از سوند واتصالات | 8- |
|  | آموزش در خصوص پیگیری ها ومراجعات بعدی | 9- |
|  | آموزش در خصوص بهداشت فردی | 10- |

پذیرای پیشنهادات شما هستیم

پیشنهاد:

انتقاد: