



مرکز آموزشی، تحقیقاتی درمانی قلب و عروق شهید رجایی

برگ ثبت آموزش به مددجو

PATIENT EDUCATION SHEET

Unit Number: شماره پرونده:								
Attending physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:				
Date of Admission: تاریخ پذیرش:		Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:				
تخصص:		زبان:	تحصیلات: بیسواد ☐ زیر دیپلم ☐ دیپلم ☐ دانشگاهی ☐					
تایید سرپرستار	امضاء بیمار	نام و سمت آموزش دهنده	ارزشیابی آموزش	رسانه آموزشی	روش آموزش	کد محتوا	نیاز آموزشی	تاریخ آموزش
			☐ بله ☐ خیر					
			☐ بله ☐ خیر					
			☐ بله ☐ خیر					
			☐ بله ☐ خیر					
			☐ بله ☐ خیر					
			☐ بله ☐ خیر					
			☐ بله ☐ خیر					
			☐ بله ☐ خیر					
			☐ بله ☐ خیر					
سایر توضیحات:								
روش آموزش: سخنرانی، چهره به چهره، بحث گروهی، نمایشی، پرسش و پاسخ، سایر								
رسانه آموزشی: پمفلت، لیفلت، فولدر، تصویر، پوستر، بروشور، کتابچه، فیلم و اسلاید، سایر								
کد محتوا: کد مربوطه بر اساس نیازهای آموزشی موجود در بخش ثبت گردد								