

مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی

Unit Number: شماره پرونده:				برگ ثبت آموزش به مددجو PATIENT EDUCATION SHEET			
نام خانوادگی: Family Name: نام:		نام پدر: Father Name:		نام: Name:		بخش: Ward:	
تاریخ تولد: Date of Birth:		تخت: Bed:		اتاق: Room:		پزشک معالج:	
تاریخ پذیرش:		زبان:		تشخیص:		تحصیلات:	
بیسواد ☐ زیر دیپلم ☐ دیپلم ☐ دانشگاهی ☐		تاریخ آموزش:		نیاز آموزشی:		کد محتوا:	
روش آموزش:		رسانه آموزشی:		ارزشیابی آموزش:		نام و سمت آموزش دهنده:	
بله ☐ خیر ☐		بله ☐ خیر ☐		بله ☐ خیر ☐		امضاء بیمار:	
بله ☐ خیر ☐		بله ☐ خیر ☐		بله ☐ خیر ☐		بله ☐ خیر ☐	
بله ☐ خیر ☐		بله ☐ خیر ☐		بله ☐ خیر ☐		بله ☐ خیر ☐	
بله ☐ خیر ☐		بله ☐ خیر ☐		بله ☐ خیر ☐		بله ☐ خیر ☐	
بله ☐ خیر ☐		بله ☐ خیر ☐		بله ☐ خیر ☐		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



Attending physician:

Date of Admission:

تایید سرپرستار

