



فرم شماره: FR0101  
تاریخ تهیه فرم: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱  
آخرین تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

بسمه تعالی  
شرکت دانش بنیان  
بهتافکر ناب سلامت



## کارت ایمپلنت مددجو

### Patient Implant Card

نام و نام خانوادگی مددجو: کد ملی:  
نوع عمل جراحی: علت عمل:  
تاریخ عمل: نام جراح: مرکز درمانی:  
شماره همراه مددجو: شماره ثابت مددجو:  
آدرس محل سکونت:  
سابقه عمل جراحی:  
سابقه بیماری:  
سابقه ی هر نوع بیماری عفونی:  
سابقه استفاده از هر نوع دارو به ویژه داروهای استروئیدی:

آیا مددجو قبل از عمل آنتی بیوتیک مناسب دریافت کرده است؟ لطفا اسم آنتی بیوتیک و دوز و روش مصرف آن واضح بیان شود.

جراح محترم لطفا روتین تجویز آنتی بیوتیک و سایر داروهای مورد نیاز بعد از عمل با مشخصات کامل (دوز و دفعات و طول مدت) قید شود (در واقع نسخه ی دارویی بعد از عمل)

گزارش وضعیت تب در هفته اول

بررسی و گزارش وضعیت پوست از نظر کهیر یا کبودی و یا هر گونه تغییر رنگ مشکوک و حساسیت غیر معمول و زخم و بخیه ها از نظر وجود هر نوع ترشح و ورم غیر عادی در هفته اول در زمان تعویض پانسمان:


بررسی و گزارش پیشرفت بهبودی و فانکشن مناسب زانو و وجود هر نوع درد غیر معمول در زمان شروع فیزیوتراپی و در طول فیزیوتراپی:

گزارش نهایی نتیجه عمل جراحی بعد از سه ماه:

توضیحات:

[www.behtamedical.com](http://www.behtamedical.com)

[info@behtamedical.com](mailto:info@behtamedical.com)

 +989390864461

مهر و امضاء جراح مربوطه