



دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی.....

مرکز بهداشت شهرستان.....

نام مکان.....

تاریخ روز..... ماه..... سال.....

شماره فرم ارجاع :.....

فرم شماره a ۳- فرم ارجاع به مرکز مشاوره جهت انجام مشاوره و تست

به مرکز / پایگاه مشاوره بیماریهای رفتاری

با سلام

احتراما جناب آقای /سرکار خانم جهت انجام مشاوره و سایر اقدامات مقتضی معرفی می گردند.

نام و امضا فرد ارجاع دهنده :



دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی.....

مرکز بهداشت شهرستان.....

مرکز / پایگاه مشاوره بیماریهای رفتاری.....

تاریخ روز..... ماه..... سال.....

به :

با سلام

احتراما جناب آقای /سرکار خانم معرفی شده از آن مرکز مورد مشاوره قرار گرفت و خدمات لازم به وی ارائه گردید.

مهر و امضای مسئول مرکز / پایگاه مشاوره



تاریخ روز..... ماه..... سال.....

شماره فرم ارجاع :.....

فرم شماره b ۳- فرم ارجاع به مرکز مشاوره پس از آزمایش

به مرکز/ پایگاه مشاوره بیماریهای رفتاری

با سلام

شماره سریال	سال	کد محل
-------------	-----	--------

احتراما جناب آقای /سرکار خانم با کد که در این مرکز

با تست تشخیصی سریع تحت ارزیابی قرار گرفته است . جهت انجام مشاوره و سایر اقدامات مقتضی معرفی می گردند.

نام و امضا فرد ارجاع دهنده :

به :

با سلام

شماره سریال	سال	کد محل
-------------	-----	--------

احتراما جناب آقای /سرکار خانم با کد معرفی شده از

آن مرکز مورد مشاوره قرار گرفت و خدمات زیر به وی ارائه گردید :

۱- از نامبرده نمونه خون جهت آزمایش های تکمیلی گرفته شد .

۲- نامبرده به آزمایشگاه انتقال خون معرفی شد .

۳- سایر خدمات ذکر شود

مهر و امضای مسئول مرکز / پایگاه مشاوره