

مرکز سلامت روان جامعه نگر (CMHC)

نام و نام خانوادگی بیمار: سن: شماره پرونده CMHC:

فرم ارجاع از CMHC به بیمارستان

تاریخ ارجاع:
شرح مختصر بیماری و درمان های قبلی:

تشخیص: _____

درمان دارویی فعلی:

ردیف	نام دارو	دوز	دفعات در روز	توضیح
۱				
۲				
۳				
۴				

دلیل ارجاع

<input type="checkbox"/> خطر خودکشی <input type="checkbox"/> خطر آسیب به دیگران <input type="checkbox"/> نیاز به انجام ECT	<input type="checkbox"/> عدم پاسخ به درمان <input type="checkbox"/> عدم پذیرش درمان <input type="checkbox"/> مشکل تشخیصی	<input type="checkbox"/> سایر: _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------

توضیح: _____

مهر و امضا روان پزشک مرکز سلامت روان جامعه نگر

فرم پاسخ مشاوره / ارجاع

تاریخ پاسخ ارجاع:

اقدام انجام شده / پیشنهاد شده:

- بیمار بستری شد
- برای بیمار دستور بستری صادر شد و مقرر است بیمار بستری شود
- بیمار نیاز به بستری ندارد: بیمار جهت ECT ارجاع شد
- بیمار نیاز به بستری ندارد: توصیه شد اقدامات زیر انجام شود

مهر و امضاء روانپزشک بیمارستان