

## پروندهٔ مراقبت مشارکتی

نام و نام خانوادگی بیمار: .....	شماره پروندهٔ مطب: .....
---------------------------------	--------------------------

### فرم درخواست مشاوره/ارجاع

تاریخ مشاوره/ارجاع: ..... نوع: حضوری  تلفنی

شرح مختصر بیماری و درمان‌های قبلی:

---



---



---

تشخیص: \_\_\_\_\_

درمان دارویی فعلی:

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

دلیل ارجاع/ مشاوره:

<input type="checkbox"/> سایر اختلالات روانپزشکی <input type="checkbox"/> مشکل تشخیصی <input type="checkbox"/> سایر: _____	<input type="checkbox"/> عدم پاسخ به درمان <input type="checkbox"/> عدم پذیرش درمان <input type="checkbox"/> نیاز به درمان‌های دیگر <input type="checkbox"/> عوارض شدید دارویی	<input type="checkbox"/> خطر خودکشی یا آسیب به دیگران <input type="checkbox"/> سایکوز <input type="checkbox"/> اختلال ناشی از یک بیماری طبی <input type="checkbox"/> سوء مصرف مواد
---	---	---

توضیح: \_\_\_\_\_

مهر و امضا پزشک مرکز خدمات جامع سلامت

### فرم پاسخ مشاوره / ارجاع

تاریخ مشاوره/ارجاع: ..... نوع: حضوری  تلفنی

(در صورت عدم انجام، دلیل آن بیان و پیگیری شود. \_\_\_\_\_)

ارزیابی و تشخیص روانپزشک:

---



---



---

اقدام یا درمان پیشنهادی:

---



---



---

مهر و امضاء روانپزشک مرکز سلامت روان جامعه نگر

پروندهٔ مراقبت مشارکتی

شماره پروندهٔ مطب: .....

نام و نام خانوادگی بیمار: .....