

پرونده ویزیت در منزل

شماره پرونده مرکز:

نام و نام خانوادگی بیمار:

مشخصات بیمار

این بخش توسط هماهنگ کننده مرکز/مددکار تیم در زمان پذیرش بیمار تکمیل می گردد

- نام و نام خانوادگی بیمار:
- تاریخ تولد:
- شماره پرونده مرکز:
- تاریخ تشکیل پرونده:
- نام روانپزشک/مرکز ارجاع کننده:
- تاریخ ارجاع:
- سطح تحصیلات: بیسواد ابتدایی راهنمایی دیپلم بالاتر
- وضعیت تأهل: مجرد متأهل مطلقه بیوه سایر
- وضعیت شغلی فعلی: بیکار شاغل : نوع شغل:
- نشانی محل سکونت بیمار:
-
- تلفن (ها): ثابت: همراه:

مشخصات تیم ویزیت در منزل

این بخش توسط هماهنگ کننده مرکز/مددکار تیم در زمان پذیرش بیمار تکمیل می گردد

- نام روانپزشک تیم:
- پزشک عمومی تیم:
- روانشناس تیم:
- مددکار تیم:

پرونده ویزیت در منزل

نام و نام خانوادگی بیمار: شماره پرونده مرکز:

شرح حال اولیه/ویزیت اول

این بخش توسط پزشک عمومی تیم در زمان اولین ویزیت (در مرکز یا در منزل بیمار) تکمیل می گردد

- تاریخ ویزیت:
- سابقه بیماری روانپزشکی (نشانه های اصلی بیماری در مرحله حاد اخیر)
-
-
-
- سال تقریبی شروع بیماری..... ➤ سال آخرین بستری:..... ➤ تعداد بستری های قبلی.....
- سابقه بیماری جسمی: ندارد دارد : توضیح:.....
- شاخص توده بدن (BMI):.....
- سابقه مصرف مواد: ندارد دارد :
- نوع ماده/مواد مصرفی.....
- شیوه مصرف.....
- الگوی مصرف.....
- سابقه خانوادگی بیماریهای روانپزشکی: ندارد دارد توضیح:.....
- اعضای خانوار (که با بیمار زندگی می کنند):

نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمار	سن	تحصیلات	شغل	مراقب/مراقبان اصلی	توضیحات
۱					<input type="checkbox"/>	
۲					<input type="checkbox"/>	
۳					<input type="checkbox"/>	
۴					<input type="checkbox"/>	
۵					<input type="checkbox"/>	

➤ آخرین درمان دارویی دریافتی

	نام دارو	دوز دارو	زمان-تعداد تجویز				توضیحات
			صبح	ظهر	عصر	شب	
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

پرونده ویزیت در منزل

نام و نام خانوادگی بیمار: شماره پرونده مرکز:

➤ تشخیص اصلی

اسکیزوفرنیا اختلال اسکیزوافکتیو اختلال دوقطبی

➤ تشخیص اختلال روانپزشکی همراه

ندارد دارد :

➤ وضعیت فعلی علائم بیماری:

.....

➤ جمع بندی وضعیت فعلی بیماری: بهبودی مناسب بهبودی نسبی عدم کنترل بیماری

➤ عملکرد کلی بیمار: خوب متوسط ضعیف GAF=-----

برنامه درمان در منزل

دفعات ویزیت در منزل: طبق برنامه: طبق برنامه ویژه با مشورت روانپزشک تیم: :

مداخلات دارویی تجویز شده:

	نام دارو	دوز دارو	زمان-تعداد تجویز				توضیحات
			صبح	ظهر	عصر	شب	
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							

مداخلات غیر دارویی تجویز شده:

.....

➤ توضیحات

.....

مهر و امضای پزشک تیم

پرونده ویزیت در منزل

نام و نام خانوادگی بیمار: شماره پرونده مرکز:

فرم ویزیت پیگیری پزشک

تاریخ ویزیت:

وضعیت فعلی بیماری:

.....

توضیح	شدید	متوسط	خفیف	کنترل	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱. علائم افسردگی (شامل خلق افسرده، ناامیدی، احساس بی‌ارزشی، اختلال خواب و اشتها، کندی یا بیقراری، افکار مرگ و خودکشی و مانند آنها)
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲. علائم مانیا (شامل خلق بالا یا تحریک‌پذیر، پرحرفی، پرتحرکی و افزایش فعالیتهای لذتبخش، بزرگمشی و مانند آنها)
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳. هذیان‌ها
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴. توهمات
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵. علائم کاتاتونیک
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶. تحریک‌پذیری
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷. اختلال خواب
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸. اختلال اشتها
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۹. افکار یا اقدام به خودکشی
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰. علائم اکستراپیرامیدال
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۱. سایر عوارض دارویی
.....	PR= ---- BP= ---- Temp= ---				۱۲. علائم حیاتی
..... نوع ماده.....	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد				۱۳. مصرف مواد
GAF=-----	<input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> ضعیف				۱۴. عملکرد کلی بیمار
.....	<input type="checkbox"/> کامل <input type="checkbox"/> ناکامل <input type="checkbox"/> عدم مصرف				۱۵. مصرف داروهای تجویز شده
.....	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> بله		۱۶. در مجموع آیا بیمار دچار یک مسئله اورژانس است؟
.....	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> خفیف	<input type="checkbox"/> خیر	۱۷. در مجموع آیا بیمار دچار عود شده؟

پرونده ویزیت در منزل

نام و نام خانوادگی بیمار: شماره پرونده مرکز:

۱۸. دستور دارویی

	نام دارو	دوز دارو	زمان-تعداد تجویز				توضیحات
			صبح	ظهر	عصر	شب	
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							

۱۹. نتایج بررسی های پاراکلینیک

	تاریخ انجام بررسی	نام و نتیجه بررسی (نوع آزمایش /رادیوگرافی)
۱		
۲		
۳		

.....	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	۲۰. آیا تغییری در دستور قبلی داده شد؟
.....	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	۲۱. آیا نیاز به مشورت با روانپزشک یا ارجاع به بیمارستان وجود دارد؟
.....	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	۲۲. آیا نیاز به ارجاع به متخصصین رشته های دیگر وجود دارد؟
.....	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	۲۳. آیا بیمار و خانواده به مرکز روزانه ارجاع شده اند؟
.....	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	۲۴. آیا بیمار به واحد ورزش درمانی ارجاع شده است؟

سایر توضیحات:

.....

مهر و امضای پزشک تیم

پرونده ویزیت در منزل

نام و نام خانوادگی بیمار: شماره پرونده مرکز:

فرم ویزیت روانشناس/مددکار اجتماعی

- تاریخ ویزیت:
- وضعیت علائم بیمار.....
- وضعیت ارتباط با دیگران/خانواده.....
- وضعیت مراقبت از خود (استحمام، بهداشت فردی، پیرایش، رسیدگی به خود، رژیم غذایی، ورزش، سیگار و...).
- وضعیت فعالیتهای روزمره (خانه داری، تهیه غذا، خرید و ...).
- وضعیت اوقات فراغت بیمار.....
- وضعیت شغلی و عملکردی بیمار: بیکار شاغل توضیح:
- وضعیت سکونت: مالک مستاجر توضیح:
- وضعیت بیمه درمانی: ندارد دارد نوع بیمه:
- حوزه های نیازمند توجه بالینی روانشناس / مددکار:
 - سلامت جسمی رابطه بیمار و مراقب/خانواده اشتغال بیمه حمایت مالی(خرید دارو و...) عملکرد
 - آموزش بیمار آموزش خانواده سایر/توضیح:

نحوه مصرف داروهای تجویزی:

توضیحات	مصرف نمی کند	مصرف ناکامل	مصرف کامل	دوز دارو	نام دارو
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

آموزشها و مداخلات ارائه شده (فرمهای مربوطه تکمیل شود): آموزش بیمار آموزش خانواده

- توضیح:
- نظر کلی خانواده:

پرونده ویزیت در منزل

شماره پرونده مرکز:

نام و نام خانوادگی بیمار:

ارزیابی کلی: بهتر شده تفاوتی نکرده بدتر شده توضیح:

وضعیت پیگیری های ویزیت قبل:

اقدامات نیازمند پیگیری برای ویزیت بعدی:

سایر توضیحات:

.....

.....

.....

مهر و امضای روانشناس /مددکار تیم

پرونده ویزیت در منزل

شماره پرونده مرکز:

نام و نام خانوادگی بیمار:

فرم رضایت نامه

اینجانب ولی/قیم آقا/خانم رضایت خود را جهت دریافت خدمات مراقبتی و درمانی تیم ویزیت در منزل به سرپرستی آقا/خانم دکتر به عنوان مدیر تیم در مرکز سلامت روان جامعه نگر..... در محل سکونت خود اعلام می کنم.

نام و نام خانوادگی

امضا

تاریخ