

فرم شرح حال روانپزشکی در مراکز بهداشتی درمانی

شماره پرونده:

تاریخ مراجعه:

ساعت مراجعه:

۱. مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی:

نام سرپرست خانوار:

کد ملی:

سن:

جنس:

وضعیت تاهل:

تحصیلات:

محل تولد:

محل سکونت:

شغل:

منبع ارجاع:

۲. شکایات اصلی:

۳. تاریخچه بیماری فعلی: (زمان شروع بیماری، نحوه شروع بیماری: ناگهانی □ تدریجی □ نامشخص □)

GAD

- دلشوره عمومی بدون عامل بیرونی:
- بیقراری:
- گرفتگی و تنش عضلانی:
- احساس لرزش
- ناتوانی در آرامش:
- ترس از حادثه:
- سرگیجه:
- تپش قلب:
- احساس خفگی:
- ترس از دست دادن کنترل:
- حالت ترس:
- مشکلات گوارشی
- گذشت ۶ ماه از علائم:

BIPOLAR 1

- سرخوشی:
- افزایش انرژی:
- تحریک پذیری:
- کاهش نیاز به خواب:
- افزایش میل جنسی:
- بزرگ منشی:
- پرش افکار:
- ولخرجی:
- تکانشگری:
- فعالیت بیش از حد:
- پرحرفی:
- پرخاشگری:
- گذشت ۱ هفته از علائم:

DEPRESSION

- غمگینی:
- کاهش لذت:
- کاهش / افزایش اشتها:
- مشکل خواب:
- فقدان انرژی:
- بدبینی:
- احساس گناه:
- تنفر از خود:
- عدم تصمیم گیری:
- احساس بی ارزشی:
- مشکل در تمرکز:
- کاهش میل جنسی:
- افکار خودکشی:
- اقدام به خودکشی:
- کندی روانی - حرکتی:
- گذشت ۲ هفته از علائم:

PSYCHOSIS

- اختلال جهت یابی (دلیریوم):
- هذیان:
- توهم:
- افکار آشفته:
- گفتار آشفته:

INSOMNIA

- مشکل در به خواب رفتن:
- مشکل در حفظ خواب:
- پراکندگی در خواب:
- سحرخیزی:
- حمله خواب:
- وحشت در خواب:

PANIC

- تپش قلب:
- تعریق دست:
- تنگی نفس و خفگی:
- گیر کردن چیزی در گلو:
- درد پا:
- فشار قفسه سینه:

فرم شرح حال روانپزشکی در مراکز بهداشتی درمانی

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | - راه رفتن در خواب: | <input type="checkbox"/> | - تهوع: |
| <input type="checkbox"/> | - کابوس در خواب: | <input type="checkbox"/> | - مشکلات گوارشی: |
| <input type="checkbox"/> | - وقفه تنفس در خواب: | <input type="checkbox"/> | - سرگیجه: |
| <input type="checkbox"/> | - حرکات غیر طبیعی در خواب: | <input type="checkbox"/> | - احساس عدم تعادل: |
| | | <input type="checkbox"/> | - بی حسی و گزگز: |
| | | <input type="checkbox"/> | - احساس گرما و سرما: |
| | | <input type="checkbox"/> | - نگران حمله مجدد: |
| | | <input type="checkbox"/> | - ارزیابی جسمی: |

OCD

- | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | - وسواس های فکری یا پرخاشگرانه: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - وسواس های فکری / عملی در زمینه آلودگی: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - وسواس های فکری یا عملی جنسی: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - وسواس های فکری یا عملی مذهبی: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - وسواس های جسمی: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - وسواس های چک کردن و واری: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - وسواس شمارش: | <input type="checkbox"/> |

HYPOCHONDRIASIS

- | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | - نگرانی در مورد سلامت جسمی: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - افکار بی تناسب درباره ی اهمیت علائم خود: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - صرف انرژی زیاد برای علائم: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - مشغولیت ذهنی با ابتلا به بیماری: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - درد روانزاد: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - گذشت ۶ ماه از علائم: | <input type="checkbox"/> |

PTSD

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | - اضطراب در اثر یادآوری حادثه: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - کابوس درباره وقایع: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - اختلال در کارکرد روزانه: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - برانگیختگی: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - احساس کرختی هیجانی: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - گوش بزنگی: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - ناتوانی در تجربه هیجانانگیز مثبت: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - دشواری در خواب: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - تحریک پذیری: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - مشکل در تمرکز: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - ناتوانی در آرامش: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - گذشت ۱ ماه از علائم: | <input type="checkbox"/> |

MOURNING

- | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | - شوک: | <input type="checkbox"/> | - احساس ناراحتی: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - علائم جسمانی: | <input type="checkbox"/> | - خشم: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - خشکی گلو و دهان: | <input type="checkbox"/> | - احساس گناه: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - بی خوابی: | <input type="checkbox"/> | - اضطراب: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - تغییر اشتها: | <input type="checkbox"/> | - خستگی: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - گیجی و کاهش تمرکز: | <input type="checkbox"/> | - گریه: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - توهم شنیداری یا بینایی مربوط به متوفی: | <input type="checkbox"/> | - آشفتگی هیجانی: | <input type="checkbox"/> |

SUICID

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | - افکار صدمه به خود: |
| <input type="checkbox"/> | - تمایل صدمه به خود: |
| <input type="checkbox"/> | - آرزوی مرگ: |
| <input type="checkbox"/> | - قصد آسیب به خود: |
| <input type="checkbox"/> | - نقشه آسیب به خود: |
| <input type="checkbox"/> | - سابقه اقدام به خودکشی: |
| <input type="checkbox"/> | - در صورت اقدان تمایل به زنده ماندن یا مردن: |
| <input type="checkbox"/> | - سپری شدن ۲ تا ۶ ماه از فقدان: |

VIOLENCE DOMESTIC

- | | | | | |
|--------------------------|----------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | - خشونت روانی: | <input type="checkbox"/> | - خشونت اقتصادی: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - خشونت جسمی: | <input type="checkbox"/> | - خشونت اجتماعی: | <input type="checkbox"/> |

فرم شرح حال روانپزشکی در مراکز بهداشتی درمانی

۴. اختلال کارکرد در حوزه های: فردی □ خانوادگی □ تحصیلی □ شغلی □ اجتماعی □

۵. علائم، تشخیص ها و درمان های قبلی :

سابقه مصرف داروها DH

۶. سابقه مصرف سیگار، مواد و الکل:

۷. سابقه بیماری جسمی (M.H) فشار خون، دیابت، مشکلات قلبی، مشکلات مغزی، آسم، آرتريت روماتوئید، تشنج، ضربه به سر، تصادف، جراحی، بیهوشی، آزمایش خون)

۸. تاریخچه خانوادگی F.H

۹. عوامل احتمالی سبب ساز بیماری:

اختلالات رشدی:

ابتلا به بیماری جسمی مزمن □ وجود مشکل اقتصادی شدید □ وجود مشکل در روابط خانوادگی □

طالق، جدایی یا فوت نزدیکان درجه یک در یک سال گذشته □

وجود فرد مبتال به معلولیت جسمی یا ذهنی در خانواده □ وجود فرد مبتال به اعتیاد در خانواده □

وجود فرد زندانی در خانواده □ وجود خشونت خانگی □ بیکاری سرپرست خانواده □

وجود فرد بازمانده از تحصیل (زیر ۸۱ سال) در خانواده □

۱۰. تشخیص و فرمول بندی:

۱۱. مداخلات درمانی و داروهای تجویز شده:

تاریخ مراجعه بعدی:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

امضاء: