****

 **تاریخ روز....... ماه ..... سال ........**

 **شماره فرم ارجاع :..............................**

**دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی............**

**مرکز بهداشت شهرستان...............**

**نام مکان..................**

 **فرم شماره a 3- فرم ارجاع به مرکز مشاوره جهت انجام مشاوره و تست**

به مرکز 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 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 مشاوره**



**دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی............**

**مرکز بهداشت شهرستان...............**

**نام مکان ..................**

 **فرم شماره b 3- فرم ارجاع به مرکز مشاوره پس از آزمایش**

 **تاریخ روز....... ماه ..... سال ........**

 **شماره فرم ارجاع :..............................**

به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری ...........

با سلام

شماره سریال

کد محل

سال

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

کد محل

سال

احتراما جناب آقای /سرکار خانم ........... با کد معرفی شده از

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

1. از نامبرده نمونه خون جهت آزمایش های تکمیلی گرفته شد .
2. نامبرده به آزمایشگاه انتقال خون معرفی شد .
3. سایر خدمات ذکر شود ...............

**مهر و امضای مسئول مرکز مشاوره**