

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
اداره سلامت روان
گزارش روزانه حمایت های اولیه آسیب دیدگان شهرستان
فرم شماره ۱ - فرم غربالگری

۱- نام منطقه ۲- خیابان ۳- کوچه ۴- تاریخ

ردیف	شماره چادر/کانکس/ خانه پیش ساخته /دفترچه	نام نام خانوادگی افراد ساکن در چادر یا محل اسکان										نام افراد نیازمند خدمات درمانی	نام افراد نیازمند خدمات مددکاری اجتماعی	نام افراد نیازمند ارجاع فوری	نام افرادی که تمایل به همکاری ندارند
		زیر ۶ سال		۶-۱۲ سال		۱۸ - ۱۲ سال		۱۸+ سال							
		مذکر	مونث	مذکر	مونث	مذکر	مونث	مذکر	مونث						
۱															
۲															
۳															
۴															
۵															
۶															
۷															
۸															
۹															
۱۰															
۱۱															
۱۲															
۱۳															

نام و نام خانوادگی و امضاء تسهیل گر:

نام و نام خانوادگی و امضاء کمک تسهیل گر:

..... تاریخ

ستاد مداخلات روانی اجتماعی شهرستان.....

گزارش عملکرد روزانه غربالگری (اسکرین شده) در مورد فرم شماره یک

[illegible]

ستاد مداخلات روانی اجتماعی شهرستان تاریخ

گزارش عملکرد روزانه مداخلات گروهی (فرم شماره ۲)

تعداد گروههای تشکیل شده: تعداد کل افراد شرکت کننده در گروه: تعداد افراد غایب:

نام و نام خانوادگی و امضاء تسهیل گر: نام و نام خانوادگی و امضاء کمک تسهیل گر:

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

اداره سلامت روان

گزارش روزانه حمایت های اولیه آسیب دیدگان

فرم شماره ۲ - فرم مداخلات گروهی تاریخ

ردیف	نام و نام خانوادگی	سن	جنس	تحصیلات	نوع مداخله گروهی	نوع تکنیکها و ابزارهای بکار گرفته شده	آدرس
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							
۱۱							

۱. تعداد افراد غایب در جلسه (برای جلسه دوم به بعد).....نفر

۲. علت عمده غیبت در جلسه (اگر قابل بررسی است).....

نام و نام خانوادگی و امضاء تسهیل گر:

نام و نام خانوادگی و امضاء کمک تسهیل گر:

فرم گزارش روزانه ویزیت بیماران روانی عصبی در شهرستان

[illegible]

