



شبکه بهداشت و درمان / شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان.....

مجتمع سلامت CH- مرکز / پایگاه سلامت مرکز بهداشتی درمانی

فرم شرح حال روانپزشکی در مجتمع ها / مرکز و پایگاههای سلامت و مراکز بهداشتی درمانی

شماره پرونده	تاریخ مراجعه	ساعت مراجعه	سرپرست خانوار	نام و نام خانوادگی	کدملی	تاریخ تولد
...../...../.....						
جنس	وضعیت تأهل			سطح تحصیلات:		تعداد فرزند
مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>	مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> همسر فوت شده <input type="checkbox"/> ازدواج مجدد <input type="checkbox"/> سایر.....			بیسواد <input type="checkbox"/> ابتدایی <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> دانشجو <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> فوق لیسانس <input type="checkbox"/> دکتری و بالاتر.....		
وضعیت شغلی فعلی		وضعیت بیمه درمانی		سابقه بستری در بیمارستان روانپزشکی		
بیکار <input type="checkbox"/> شاغل <input type="checkbox"/> نوع شغل:..... میزان درآمد:..... منبع درآمد:.....		ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نوع بیمه:.....		ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> علت:.....		
وضعیت سکونت		متوسط درآمد ماهیانه خانوار:		تعداد دفعات بستری:.....		
مالک <input type="checkbox"/> مستأجر <input type="checkbox"/> توضیح:.....			شماره پرونده:.....		
نشانی محل سکونت:..... شماره تماس: ثابت:..... همراه:.....						
منبع ارجاع: خانه بهداشت <input type="checkbox"/> پایگاه / مرکز سلامت <input type="checkbox"/> خود بیمار <input type="checkbox"/> خانواده <input type="checkbox"/> پزشک <input type="checkbox"/> روانشناس <input type="checkbox"/> سایر مراجع با ذکر عنوان <input type="checkbox"/>						
تاریخچه و شرح حال بیماری؛						
الف، علت مراجعه و شکایات اصلی:.....						
ب، زمان شروع بیماری / وقوع مشکل:.....						
ج، نحوه شروع بیماری / وقوع مشکل؛ ناگهانی <input type="checkbox"/> تدریجی <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>						
د، علائم شروع بیماری / مشکل فعلی:.....						
مرور بر علائم مهم:						
فعالیت بیش از حد		سرخوشی و شادی زیاد		پر حرفی <input type="checkbox"/>		
حریک پذیری		پر خاشگری لفظی		پر خاشگری فیزیکی <input type="checkbox"/>		
رفتارهای عجیب		اختلال در تمرکز		اقدام به خودکشی <input type="checkbox"/>		
حرف زدن با خود		افکار خودکشی		احساس گناه <input type="checkbox"/>		
خودزنی		کمبود انرژی		عدم لذت بردن از زندگی <input type="checkbox"/>		
احساس بی ارزشی		بی میلی جنسی		بی قراری روانی حرکتی <input type="checkbox"/>		
حرفهای بی ربط		بی توجهی به نظافت شخصی		شکایات جسمی <input type="checkbox"/>		
کندی روانی حرکتی		فقدان بینش نسبت به بیماری		گوشه گیری <input type="checkbox"/>		
کاهش نیاز به خواب		افزایش نیاز به خواب		افزایش اشتها <input type="checkbox"/>		
اختلال جهت یابی نسبت به زمان یا مکان یا شخص		کاهش اشتها		احساس نا امیدی <input type="checkbox"/>		
دلشوره عمومی بدون عامل بیرونی		احساس غمگینی		توهم <input type="checkbox"/>		
افکار و اعمال وسواسی		هذیان				
در صورت وجود حملات تشنج؛						
تاریخ آخرین حمله: تعداد حملات در ماه <input type="checkbox"/>: وجود بیهوشی پس از حملات <input type="checkbox"/> بی اختیاری ادرار <input type="checkbox"/> بروز حملات در زمان و مکان خاص <input type="checkbox"/> حرکت تونیک کلونیک اندام ها <input type="checkbox"/> خارج شدن کف از دهان، <input type="checkbox"/> گاز گرفتگی زبان <input type="checkbox"/> بروز حملات در خواب						
تاریخچه تکاملی؛ <input type="checkbox"/> تاخیر در نشستن <input type="checkbox"/> تاخیر در سخن گفتن <input type="checkbox"/> تاخیر در راه رفتن <input type="checkbox"/> تاخیر در کنترل ادرار و مدفوع <input type="checkbox"/> معلولیت های جسمی <input type="checkbox"/>						
رفتارهای نامناسب با سن <input type="checkbox"/> ناتوانی ذهنی						
اختلال کارکرد در حوزه های؛ <input type="checkbox"/> فردی <input type="checkbox"/> خانوادگی <input type="checkbox"/> تحصیلی <input type="checkbox"/> شغلی <input type="checkbox"/> اجتماعی <input type="checkbox"/>						
علائم، تشخیص ها و درمان های قبلی؛						
.....						
سابقه مصرف داروها:						

سابقه مصرف سیگار، مواد و الکل؛

سابقه بیماری جسمی؛

تاریخچه خانوادگی؛

عوامل احتمالی سبب ساز بیماری :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> سابقه زردی یا سیانوز | <input type="checkbox"/> سابقه زایمان سخت | <input type="checkbox"/> سابقه بیماری تب دار شدید |
| <input type="checkbox"/> ابتلا به بیماری جسمی مزمن | <input type="checkbox"/> وجود مشکل اقتصادی شدید | <input type="checkbox"/> وجود مشکل در روابط خانوادگی |
| <input type="checkbox"/> طلاق، جدایی یا فوت نزدیکان درجه یک | <input type="checkbox"/> وجود فرد مبتلا به معلولیت جسمی | <input type="checkbox"/> وجود فرد مبتلا به اعتیاد در خانواده |
| در یکسال گذشته | یا ذهنی در خانواده | <input type="checkbox"/> بیکاری سرپرست خانواده |
| <input type="checkbox"/> وجود فرد زندانی در خانواده | <input type="checkbox"/> وجود خشونت خانگی | <input type="checkbox"/> وجود فرزند بازمانده از تحصیل (زیر ۱۸ سال) در خانواده |

معاینه جسمی؛

نتیجه بررسی های پاراکلینیکی؛

یافته های بیشتر؛

طبقه بندی تشخیصی؛

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> اختلالات سایکوتیک | <input type="checkbox"/> اختلالات افسردگی | <input type="checkbox"/> اختلال دوقطبی |
| <input type="checkbox"/> اختلالات اضطرابی | <input type="checkbox"/> وسواس | <input type="checkbox"/> اختلالات استرس پس از سانحه (PTSD) |
| <input type="checkbox"/> اختلال ADHD | <input type="checkbox"/> صرع | <input type="checkbox"/> معلولیت ذهنی |
| <input type="checkbox"/> دمانس | <input type="checkbox"/> اختلالات شایع کودکان و نوجوانان | <input type="checkbox"/> اختلالات خواب |
| <input type="checkbox"/> سوء مصرف یا وابستگی مواد و الکل | <input type="checkbox"/> خشونت خانگی؛ همسر آزاری، کودک آزاری و سالمند آزاری | <input type="checkbox"/> سایر اختلالات روانپزشکی |

مداخلات درمانی و داروهای تجویز شده؛

تاریخ مراجعه بعدی:.....

نام و نام خانوادگی، مهر نظام پزشکی و امضای پزشک :

تاریخ تکمیل:

