



فرم ارزیابی تکمیلی روانشناختی و ارائه خدمات مشاوره

شماره پرونده	تاریخ مراجعه	ساعت مراجعه	سرپرست خانوار	نام و نام خانوادگی	کدملی	تاریخ تولد
...../...../.....						
جنس	وضعیت تأهل			سطح تحصیلات:		تعداد فرزند
مذکر □ مونث □	مجرد □ متأهل □ مطلقه □ همسر فوت شده □ ازدواج مجدد □ سایر.....			پسواد □ ابتدایی □ راهنمایی □ دبیرستان □ دیپلم □ دانشجو □ لیسانس □ فوق لیسانس □ دکتری و بالاتر.....		
وضعیت شغلی فعلی		وضعیت بیمه درمانی		سابقه بستری در بیمارستان روانپزشکی		
بیکار □ شاغل □ نوع شغل:..... میزان درآمد:..... منبع درآمد:.....		ندارد □ دارد □ نوع بیمه:.....		ندارد □ دارد □ علت:.....		
وضعیت سکونت		متوسط درآمد ماهیانه خانوار:.		تعداد دفعات بستری:.....		
مالک □ مستأجر □ توضیح:.....			شماره پرونده:.....		
نشانی محل سکونت:.....			شماره تماس؛ ثابت:.....			
.....			همراه:.....			

علت مراجعه و شکایات اصلی:

.....

.....

.....

.....

تاریخچه و شرح حال بیماری:

زمان شروع بیماری / وقوع مشکل؛.....

نحوه شروع بیماری / وقوع مشکل؛ ناگهانی □ تدریجی □ نامشخص □

علائم شروع بیماری / مشکل فعلی؛.....

وضعیت بررسی علائم مهم:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------|
| □ فعالیت بیش از حد | □ سرخوشی و شادی زیاد | □ پرحرفی |
| □ حرکیت پذیری | □ پرخاشگری لفظی | □ پرخاشگری فیزیکی |
| □ رفتارهای عجیب | □ اختلال در تمرکز | □ اقدام به خودکشی |
| □ حرف زدن با خود | □ افکار خودکشی | □ احساس گناه |
| □ خودزنی | □ کمبود انرژی | □ عدم لذت بردن از زندگی |
| □ احساس بی ارزشی | □ بی میلی جنسی | □ بی قراری روانی حرکتی |
| □ حرفهای بی ربط | □ بی توجهی به نظافت شخصی | □ شکایات جسمی |
| □ کندی روانی حرکتی | □ فقدان بینش نسبت به بیماری | □ گوشه گیری |
| □ کاهش نیاز به خواب | □ افزایش نیاز به خواب | □ افزایش اشتها |
| □ اختلال جهت یابی نسبت به زمان یا مکان یا شخص | □ کاهش اشتها | □ احساس نا امیدی |
| □ دلشوره عمومی بدون عامل بیرونی | □ احساس غمگینی | □ توهم |
| □ افکار و اعمال وسواسی | □ هذیان | |

در صورت وجود حملات تشنج:

تاریخ آخرین حمله: تعداد حملات در ماه.....:

□ وجود بیهوشی پس از حملات □ بی اختیاری ادرار □ بروز حملات در زمان و مکان خاص □ حرکت تونیک کلونیک اندام ها □ خارج شدن کف از دهان، □ گاز گرفتگی زبان □ بروز حملات در خواب

تاریخچه تکاملی؛

- تاخیر در نشستن تاخیر در سخن گفتن تاخیر در راه رفتن تاخیر در کنترل ادرار و مدفوع معلولیت های جسمی رفتارهای نامناسب با سن
- نا توانی ذهنی

اختلال کار کرد در حوزه های؛

- فردی خانوادگی تحصیلی شغلی اجتماعی

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 | <input type="checkbox"/> وجود فرد مبتلا به اعتیاد در خانواده |
| <input type="checkbox"/> در یکسال گذشته | <input type="checkbox"/> جسمی 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 خانواد |

تشخیص احتمالی؛

<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 سالمندآزاری	<input type="checkbox"/> سایر اختلالات روانپزشکی

در صورتیکه تحت درمان روانپزشک است؛

- داروهایش را به طور کامل مصرف می کند.
- ناقص مصرف می کند.
- مصرف نمی کند.

تأثیر داروها در روند سلامت فرد؛

- بهتر شده است
- بدتر شده است.
- فرقی نکرده است.

توضیح بیشتر.....

یافته های بیشتر؛

.....

مداخلات و اقدامات روانشناختی ارائه شده :

.....

تاریخ تکمیل: نام و نام خانوادگی و امضای روانشناس:

راهنمای فنی ، تخصصی و مدیریتی برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد ویژه کارشناس سلامت روان	نام سند
۱	نگارش
۱۳۹۵	تاریخ صدور
راهنمای فنی ، تخصصی و مدیریتی برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد ویژه کارشناس سلامت روان	نام کامل فایل
راهنمای فنی ، تخصصی و مدیریتی برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد ویژه کارشناس سلامت روان	شرح سند
گروه کارشناسی سلامت روان مرکز بهداشت استان زیر نظر مدیر کل و کارشناسان دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی	نویسنده/مترجم