

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

فرم گزارش فصلی عملکرد کارشناس روان

**سه ماهه ماه:** ........... **سال:** .........**139 دانشگاه علوم پزشكي:**.................................................

**مرکز جامع خدمات سلامت:** .......................................................... **شهرستان:** ..........................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **پایگاه بهداشت** | **تعداد موارد غربالگری تکمیلی در برنامه پیشگیری  از سوءمصرف مواد** | | **تعداد موارد مداخله شده** | **تعداد موارد غربالگری تکمیلی در برنامه سلامت اجتماعی** | | **تعداد موارد مداخله شده** | **کلاس­های آموزش گروهی  برگزار شده توسط کارشناس سلامت روان برای جمعیت عمومی** | | | **آموزش روانشناختی انفرادی در هر سه حوزه برای بیمار** | **آموزش روانشناختی انفرادی در هر سه حوزه برای خانواده بیمار** | **کلاس آموزشی برگزار شده  برای کارکنان** | | | **سایر فعالیت ها** |
| **مثبت** | **منفی** | **مثبت** | **منفی** | **سلامت روان** | **پیشگیری از سوءمصرف مواد** | **سلامت اجتماعی** | **پزشک** | **کارشناس مراقب سلامت** | **سایر  کارشناسان** |
| نفر ساعت | نفر ساعت | نفر ساعت | نفر ساعت | نفر ساعت | نفر ساعت | نفر ساعت | نفر ساعت |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**تاریخ تکمیل فرم: امضاء تکمیل کننده (کارشناس سلامت روان مرکز جامع خدمات سلامت):**

**امضاء مسئول مرکز جامع سلامت::**

**توضیحات:**

1. **در زیر ستون پایگاه بهداشت: اسامی پایگاه های مرتبط با مرکز جامع سلامت که از آنها ارجاع می پذیرند ثبت می شود.**
2. **موارد غربالگری شده: منظور تعداد مواردی است که توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده غربالگری شده وبه پزشک یا کارشناس سلامت روان ارجاع شده است.**
3. **موارد مداخله شده: مواردی که توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده غربالگری شده(غربال مثبت) و پس از ارجاع به پزشک یا کارشناس سلامت روان بر اساس فلوچارت خدمت یکی از انواع خدمات را دریافت کرده است.**
4. **نفرساعت: عبارت است ازافراد شرکت کننده در هرجلسه ضربدرتعداد ساعات آن جلسه به گونه ای که مجموع محاسبه برای تمام جلسات برگزار شده در جدول وارد می شود.**
5. **در ستون سایر فعالیت­ها موارد مراجعه موردی خارج از روند غربالگری، اورژانش­های روان­پزشکی، ارائه خدمات به گروه­های ویژه خدمت مانند دانش آموزان - مددجویان کمیته امداد – زندانیان و ... ، موارد مداخله در بحران بلایا و حوادث غیر مترقبه ثبت می­شود.**

**\* این فرم تا پنجم اولین ماه هر فصل تکمیل و به ستاد شهرستان ارائه خواهد شد و محتوی آماری مربوط به سه ماهه فصل قبل در آن گرداوری می­شوند.**