



 دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

دفتر ثبت ارائه خدمات فردی

 مرکز جامع خدمات سلامت ......................

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

**نام نام­خانوادگی کارشناس سلامت روان ارائه دهنده خدمت:** .......................................................... **شهرستان:** .......................................................... **محل خدمت:**..............................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **شماره پرونده** | **تاریخ مراجعه** | **علت مراجعه** | **منبع ارجاع** | **نتیجه غربالگری تکمیلی** | **ارجاع به** | **آموزش روانشناختی / مداخله مختصر** | **تاریخ مراجعه بعدی** | **نوع خدمات** | **توضیحات** |
| **اجتماعی** | **اعتیاد** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **امضاء ارائه دهنده خدمات (کارشناس سلامت روان)**:

**\* نکته مهم:** موارد **ارجاع فوری** با **رنگ قرمز** ثبت شود**.**

**دستورالعمل پر کردن دفتر ثبت ارائه خدمات فردی**

**مشخصات کلی فرم:**

* **در ابتدای فرم نام مرکز جامع خدمات سلامت که روانشناس در آن شاغل است ثبت شود، همچنین نام دانشگاه علوم پزشکی / شهرستان و شهر محل خدمت نیز درج گردد.**
* **در بالای دفتر نام و نام خانوادگی کارشناس سلامت روان و تاریخ نیز تکمیل گردد.**

**مشخصات جدول:**

* **به هر فرد با توجه به شماره پرونده یک ردیف تعلق می­گیرد و در تاریخ مراجعه و منبع ارجاع** (پزشک، کارشناس مراقب سلامت خانواده، مراجعه حضوری، ارجاع از مدرسه و ... ) **ثبت می­شود.**
* **علت مراجعه:** در سه طبقه ارجاع از طرف کارشناس مراقب سلامت / ارجاع از طرف پزشک / مراجعه موردی و جدا از سیکل غربالگری / سایر موارد مداخله مانند موارد ارجاع از حوادث و سوانح غیر مترقبه، ثبت خواهد شد.
* **در مواردی که ارجاع از کارشناس مراقب سلامت بعد از غربالگری اولیه وجود دارد نتایج غربالگری تکمیلی در حوزه اجتماعی و اعتیادبه صورت مثبت (+) یا منفی (-) درج شود.**
* **در ستون ارجاع به:** مواردی که پس از بررسی نیاز به ویزیت پزشک دارند، به پزشک جهت تعیین تکلیف ارجاع می­شوند و مواردی که و کاندید آموزش­های گروهی هستند به کارشناس مراقب سلامت پایگاه برای ثبت نام و درج در فرم ثبت داوطلبان آموزش گروهی، ارجاع می­شوند و در ستون توضیحات علت ارجاع درج می­گردد.
* **در ستون آموزش ­های روانشناختی:** مواردی که مورد آموزش قرار می گیرند علامت زده (✓) می­شود.
* **در ستون تاریخ بعدی مراجعه:** زمان بندی دریافت خدمات از طرف کارشناس سلامت روان درج می­گردد.
* **ستون نوع خدمات:** دریافت خدمات با عنوان مداخله مختصر، آموزش روانشناختی، توانمندسازی و ... مشخص شود.

**نکته بسیار مهم:**

موارد ارجاع فوری با رنگ قرمز ثبت خواهد شود.