**فرم شرح حال روانپزشكي/ روانشناسی در مراكز بهداشتي درماني**

شماره پرونده: تاريخ مراجعه: ساعت مراجعه:

**1.مشخصات بیمار:**

نام و نام‌خانوادگي: نام سرپرست خانوار:

سن: جنس: تاهل: تحصيلات: شغل:

محل تولد: محل سكونت:

منبع ارجاع و خانه بهداشت: خود بيمار □ خانواده □ پزشك □ ساير مراجع □

**2. علت مراجعه و شكايات اصلي:**

**3.تاریخچه بیماری/مشکل فعلي:**

* زمان شروع بیماری/مشکل:
* نحوه شروع بیماری/مشکل: ناگهاني □ تدريجي □ نامشخص □

**علائم شروع بیماری/مشکل فعلی:**

* بررسی علائم مهم

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| فعاليت بيش از حد □ | سرخوشي و شادي زياد □ | پرحرفي □ |
| تحریک پذیری □ | پرخاشگری لفظی□  | پرخاشگری فیزیکی □ |
| رفتارهاي عجيب □  | اختلال در تمرکز □ | اختلال در حافظه □  |
| حرف زدن با خود □  | افکار خودكشي □ | اقدام به خودکشی□ |
| خودزنی□ | کمبود انرژی □ | احساس گناه □ |
| احساس بی ارزشی □  | بي‌ميلي جنسي □  | عدم لذت بردن از زندگی□ |
| حرفهاي بي ربط □  | بي‌توجهي به نظافت شخصی □  | بی قراری روانی حرکتی □ |
| کندی روانی حرکتی □ | فقدان بينش نسبت به بیماری□ | شکایات جسمی □ |
| کاهش نیاز به خواب □  | افزایش نیاز به خواب □ | گوشه‌‌گيري □ |
| اختلال جهت‌يابي نسبت به زمان یا مکان یا شخص □  | كاهش اشتها □ | افزايش اشتها □ |
| دلشوره عمومی بدون عامل بیرونی □  | احساس غمگيني □  | احساس نااميدي □  |
| افكارو اعمال وسواسي □  | هذيان□ | توهم□ |

در صورت وجود حملات تشنج:

 تاريخ آخرين حمله: ............................. تعداد حملات در ماه: .............................

وجود بيهوشي پس از حملات □ بي‌اختياري ادرار □ بروز حملات در زمان و مكان خاص □

حركت تونيك كلونيك اندام ها □ خارج شدن كف از دهان□ گازگرفتگي زبان □

بروز حملات در حين خواب □

**4. تاریخچه تکاملی:**

تأخير در نشستن□ تأخير در سخن گفتن□ تأخير در راه‌رفتن□ تأخير در كنترل ادرار و مدفوع □

معلوليتهاي جسمي□ رفتارهاي نامتناسب با سن□ ناتواني ذهني□

**5. اختلال کارکرد در حوزه های:** فردي □ خانوادگي □ تحصیلی □ شغلي □ اجتماعي □

**6. علائم، تشخیص­ها و درمان­های قبلی:**

سابقه مصرف داروها:

**7. سابقه مصرف سیگار، مواد و الکل:**

**8. سابقه بيماري جسمي:**

**9. تاریخچه خانوادگی:**

**10. عوامل احتمالی سبب ساز بیماری:**

سابقه زردی یا سیانوز نوزادی□ سابقه زایمان سخت□ سابقه بیماری تب دار شدید□

ابتلا به بیماری جسمی مزمن□ وجود مشکل اقتصادی شدید□ وجود مشکل در روابط خانوادگی□

طلاق، جدایی یا فوت نزدیکان درجه یک در یک سال گذشته □

وجود فرد مبتلا به معلولیت جسمی یا ذهنی در خانواده□ وجود فرد مبتلا به اعتیاد در خانواده□

وجود فرد زندانی در خانواده□ وجود خشونت خانگی□ بیکاری سرپرست خانواده□

وجود فرد بازمانده از تحصیل (زیر18سال) در خانواده□

**11. تشخيص احتمالی :**

**طبقه بندی تشخيص برای ثبت در فرم آمار:**

الف) اختلالات سایکوتیک □ ب) اختلالات اضطرابی □ ج) اختلالات افسردگی □ د) صرع□ ه) معلولیت‌ ذهني □ و) اختلالات شایع کودک و نوجوان □

ح) اختلال مصرف مواد و الکل □

سایر:

**12. اقدامات انجام شده:**

 تاريخ مراجعه بعدي:

**نام و نام خانوادگي تكميل كننده فرم (روانشناس):**

**امضاء:**