

فرم شماره ۱

تاریخ

شماره پرونده:

نمونه فرم قرارداد بین خدمت گیرندگان و مراکز ارائه خدمات توانبخشی به بیماران روان در منزل

مشخصات بیمار روان:

نام:	نام خانوادگی:	جنس:	تاریخ تولد:	محل تولد:
شماره شناسنامه:	کد ملی:	صادره:	وضعیت تأهل:	شغل:

وضعیت بیمه:

شماره تماس و آدرس محل سکونت:

شماره تماس و آدرس محل کار در صورت اشتغال:

ب) مشخصات سرپرست / قیم بیمار روان

نام:	نام خانوادگی:	جنس:	تاریخ تولد:
محل تولد:	شماره شناسنامه:	صادره:	وضعیت تأهل:

نسبت با بیمار روان:

آدرس و تلفن محل سکونت:

آدرس و تلفن محل کار:

توضیحات: بر اساس اعلام نیاز آقا / خانم
که در این قرارداد بیمار روان نامیده می شود و
اطلاعات مندرج در فرم ارزیابی اولیه بیمار روان که توسط تیم توانبخشی تکمیل گردیده است یا نسخه معتبر
پزشک، خدمات مورد نیاز بیمار روان شامل موارد:

۱-

۲-

۳-

۴-

برآورد گردیده است که هزینه انجام آنها در طول دوره ارائه خدمات حدود ریال محاسبه می گردد که هزینه
مذکور از طرف بیمار روان / سرپرست بیمار روان یا سازمان بهزیستی قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱: مبلغ ذکر شده به عنوان هزینه مدت ارائه خدمات تقریبی می باشد که بر اساس وضعیت فردی بیمار روان و
نیازهای وی و یا سایر عوامل ممکن است هزینه اصلی و واقعی، اندکی بیشتر یا کمتر از مبلغ یاد شده در این قرار داد باشد و
بر همین اساس، بیمار روان با اطلاع از مورد اقدام به تکمیل قرار داد می نماید.

تبصره ۲: در صورتیکه بیمار روان / سرپرست بیمار روان به هر علتی قبل از پایان کامل دوره خدمات، قصد لغو و فسخ
قرارداد را داشته باشند باید ۲۴ ساعت قبل به دفتر مراجعه نموده و مراتب را کتباً اعلام نمایند تا تسویه حساب و فسخ
قرارداد در اسرع وقت به عمل آید.

اینجانب (بیمار روان / سرپرست بیمار روان) پس از مطالعه دقیق مندرجات این قرارداد تعهد می
نمایم که کلیه موارد فوق را پذیرفته و به مسئولین و مجریان مرکز اجازه می دهم آنگونه که صلاح می دانند نسبت به
مراقبت / توانبخشی از
اقدام نمایند.

همچنین متعهد می گردم که امنیت و احترام پرسنل در زمانیکه در محل سکونت بیمار روان مشغول ارائه خدمات می
باشند را تأمین و تضمین نمایم و حق هرگونه دخالت غیرمنطقی در نحوه ارائه خدمات را از خود و خانواده ام سلب نمایم.

امضاء یا اثر انگشت بیمار روان:

امضاء یا اثر انگشت سرپرست بیمار روان:

امضاء مسئول فنی مرکز:

آدرس مؤسسه:

تلفن تماس:

(فرم شماره ۲)

(رضایت نامه)

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه متولد صادره از ساکن
..... کدپستی ده رقمی تلفن ثابت همراه شخصاً و متضامناً با
خانم / آقای فرزند به شماره شناسنامه صادره از ساکن به عنوان
قیم / ولی قانونی بیمار فوق، با آگاهی کامل از شرایط بستری و اقدامات درمانی و توانبخشی که در آن مرکز جهت درمان و
توانبخشی به عمل خواهد آمد، رضایت خود را اعلام و اضافه می نمایم که در قبال خطرات احتمالی ناشی از درمان دارویی
و امور توانبخشی را که قبلاً توسط مسئولان مرکز شرح داده شده است حق هر گونه شکایت یا طرح دعوی در مراجع
قضائی، علیه پزشک معالج یا مرکز درمان توانبخشی را از خود سلب نموده، موارد زیر را تعهد می نمایم.

۱- اعلام بلافاصله هرگونه تغییر در آدرس محل سکونت بیمار یا ضامن یا ولی و قیم قانونی او به مرکز

۲- اعلام هرگونه تغییر در وضعیت قیمومتیا سرپرستی بیمار از لحاظ قانونی

۳- همکاری و انتقال بیمار به سایر مراکز درمانی در صورت لزوم و همراهی یکی از اعضاء خانواده یا بستگان تاپایان

دوره بستری خارج از مرکز

۴- همکاری در پیگیری و ادامه درمان و توانبخشی

۵- پرداخت هزینه های درمان و توانبخشی طبق مقررات

۶- پرداخت هزینه خسارت های وارده به دارائی های مرکز

۷- رعایت مقررات مرکز

مشخصات ولی / قیم بیمار	مشخصات بیمار
نام	نام
نام خانوادگی	نام خانوادگی
امضاء - اثر انگشت	امضاء - اثر انگشت
تاریخ	تاریخ

(فرم شماره ۳)

فرم ترخیص با میل شخصی

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه با پرونده پزشکی شماره با
میل شخصی و متضامناً با اصرار و خواسته □ ولی/ □ قیم قانونی خود به نام و نام خانوادگی فرزند
..... شماره شناسنامه ساکن کدپستی تلفن از
مرکز ارائه خدمات توانبخشی بیماران روانی مزمن در منزل مرخص شده و اعلام می دارم که آن مرکز در
قبال حوادث ناشی از این تصمیم و مخاطراتی که ممکن است متوجه اینجانب و یا اشخاص حقیقی یا حقوقی دیگر گردد
مسئولیتی به عهده ندارد .

نام و نام خانوادگی بیمار	نام و نام خانوادگی ضامن / قیم	نام و نام خانوادگی مسئول ترخیص
امضاء	امضاء	امضاء
اثر انگشت	اثر انگشت	تاریخ
تاریخ		

نام و نام خانوادگی کارشناس مسئول استان:

امضا:

تاریخ:

(فرم شماره ۴)

فرم ارجاع

از مرکز..... به مرکز.....

با تقدیم احترام بدین وسیله				
□ خانم / □ آقای نام نام خانوادگی فرزند شماره شناسنامه				
تاریخ تولد صادره از کد ملی کد ساماندهی				
ساکن کد پستی تلفن				
که از تاریخ تا تاریخ تحت توانبخشی و مراقبت با روش های				
□ دارویی □ غیر دارویی قرار گرفته است .				
در حال حاضر با توجه به علائم و ارزیابیهای انجام شده جهت انجام اقدامات لازم به:				
۱- مراکز توانبخشی و درمانی شبانه روزی				
۲- ارجاع به مراکز توانبخشی و درمان روزانه				
۳- بستری در بخش حاد (بیمارستانهای دانشگاهها)				
۴- ارجاع به خانه های گروهی				
۵- ارجاع به خانه های نیمه راهی				
۶- ارجاع به کارگاه های حمایت شده تولیدی				
۷- ارجاع به تیم پیگیری درمان و توانبخشی در منزل				
۸- ارجاع به مراکز توانبخشی و درمانی بیماران مبتلا به اختلالات نافذ رشد				
۹- سایر.....				
معرفی می گردد .				
نام و نام خانوادگی کارشناس ارجاع دهنده :				
کاردرمان	روانشناس	پرستار	مددکار	پزشک

نام و نام خانوادگی مسئول فنی

امضاء

تاریخ

آدرس مرکز معرفی کننده کد پستی تلفن / دورنگار

(فرم شماره ۵)
شناسنامه جامع بیماران روانی مزمن

مشخصات فردی		آیا بیمار مجهول الهویه است : <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
نام :		نام خانوادگی :	شماره شناسنامه :
نام پدر :		محل صدور :	کد ملی :
تاریخ تولد: / /		محل تولد:	شماره سریال شناسنامه :
جنسیت : <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن		بعد خانوار:	وضعیت فرد در خانوار : <input type="checkbox"/> سرپرست <input type="checkbox"/> عضو
وضعیت تاهل		<input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> نامزد <input type="checkbox"/> عقد دائم <input type="checkbox"/> عقد موقت <input type="checkbox"/> متارکه <input type="checkbox"/> طلاق گرفته <input type="checkbox"/> بیوه	
وضعیت نظام وظیفه		<input type="checkbox"/> مشمول <input type="checkbox"/> انجام داده <input type="checkbox"/> انجام نداده <input type="checkbox"/> معاف پزشکی <input type="checkbox"/> معاف کفالت <input type="checkbox"/> خرید خدمت <input type="checkbox"/> علت معافیت پزشکی	
تحصیلات		<input type="checkbox"/> بیسواد <input type="checkbox"/> خواندن نوشتن <input type="checkbox"/> ابتدایی <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> متوسطه <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> فوق لیسانس <input type="checkbox"/> دکترا و بالاتر	
آدرس محل سکونت بیمار		استان شهرستان بخش روستا/خیابان کوچه پلاک کد پستی تلفن کد شهرستان	
آدرس محل سکونت خانواده		استان شهرستان بخش روستا/خیابان کوچه پلاک کد پستی تلفن کد شهرستان	
وضعیت شغلی اقتصادی اجتماعی فرد			
شغل		نوع شغل :	شرح شغل :
<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد		<input type="checkbox"/> دولتی (کارمند) <input type="checkbox"/> آزاد	
بیمه:		بیمه تکمیلی :	
<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد		<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	
نوع بیمه		تحت پوشش سازمانهای حمایتی است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر نام سازمان حمایتی :	
سابقه خانوادگی بیماری روانی <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد			
اعتیاد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد			
مشکلات جسمی روانی بیمار			
تشخیص روانپزشکی بیمار :		مبتلا به سایر معلولیت ها : <input type="checkbox"/> می باشد <input type="checkbox"/> نمی باشد	
نوع معلولیت همراه غیر از اختلال روانی : <input type="checkbox"/> جسمی <input type="checkbox"/> حرکتی <input type="checkbox"/> ذهنی <input type="checkbox"/> بینایی <input type="checkbox"/> شنوایی <input type="checkbox"/> گفتاری			
مددکار مربوطه		کارشناس توانبخشی شهرستان	
نام و نام خانوادگی		نام و نام خانوادگی	
امضاء		امضاء	
نام و نام خانوادگی		رئیس اداره بهزیستی شهرستان	
امضاء		امضاء	

فرم شماره ۶
فرم شرح حال بیماران روانی مزمن

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار:.....نام پدر:.....شماره شناسنامه:.....محل صدور:.....

کد ملی:.....تاریخ تولد: / / محل تولد:.....شماره سریال شناسنامه:.....

وضعیت روانی (mental status examination)

۱- شکل ظاهری (General Appearance):

مرتب ☐ نامرتب ☐ موارد غیرطبیعی را توضیح دهید

.....

۲- خلق و عاطفه (Mood & Affect):

طبیعی ☐ افسرده ☐ خوشحال ☐ مضطرب ☐ بی ثبات ☐
متهاجم ☐ نامتناسب ☐ بی تفاوت ☐ سایر موارد نام ببرید:

.....

۳- تکلم (Speech):

طبیعی ☐ تند ☐ کند ☐ تکرار کلمات ☐ واژه سازی ☐
پر حرفی ☐ قطع کامل ☐ تکلم ☐ سایر موارد نام ببرید:

.....

۴- ادراک (Perception) توهم:

دارد ☐ ندارد ☐ نوع توهم:.....
خطای ادراکی (ایلوژیون): دارد ☐ ندارد ☐

۵- وضعیت روانی حرکتی (psychomotor):

طبیعی ☐ زیاد (هیپراکتیو) ☐ کاتاتونی ☐ انعطاف مومی ☐
تقلید حرکت ☐ رفتار کلیشه ای ☐ منفی کاری ☐ تیک ☐
وسواس عملی ☐ سایر موارد ☐

۶- تفکر (Thought):

۱-۶- فرم فکر: انتزاعی ☐ عینی ☐ سایر موارد نام ببرید:

.....

۲-۶- جریان فکر: طبیعی ☐ تند ☐ کند ☐ پرش افکار ☐
حاشیه پردازی ☐ تکرار ☐ بی ربطی ☐ انسداد ☐ واژه سازی ☐

۳-۶- محتوی فکر: هذیان: دارد ☐ ندارد ☐ نوع هذیان:.....

۴-۶- مالکیت فکر: طبیعی ☐ خارج کردن افکار ☐ وارد کردن افکار ☐ پرش افکار ☐

۷- وضعیت هوش (Intellect Situation):

هوش بالا ☐ هوش طبیعی ☐ عقب ماندگی ذهنی ☐

۸- هوشیاری (Consciousness):

طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ خواب آلود ☐ نیمه اغما ☐ اغما ☐

سایر موارد نام ببرید:

۹- جهت یابی (orientation):

زمان ☐ مکان ☐ شخص ☐

۱۰- حافظه (Memory):

فوری ☐ نزدیک ☐ دور ☐

۱۱- تمرکز حواس (Concentration):

دارد ☐ ندارد ☐

۱۲- اطلاعات عمومی:

۱۳- قضاوت (Judgment):

۱-۱۳- شخصی: طبیعی ☐ مختل ☐

۲-۱۳- اجتماعی: طبیعی ☐ مختل ☐

۱۴- بصیرت (Insight):

دارد ☐ ندارد ☐

۱۵- قابلیت اطمینان (Reliability):

دارد ☐ ندارد ☐

۱۶- سوء مصرف مواد و دارو:

دارد ☐ ندارد ☐ نوع مواد مصرفی: میزان مصرف:

۱۷- تشخیص روانپزشکی بیمار:

۱۸- فعالیت‌های روان‌شناسی برای بیمار و خانواده:

خانواده درمانی ☐ آموزش مهارت‌ها ☐ مشاوره و روان درمانی ☐ سایر موارد ☐

نام و نام خانوادگی روانشناس:

امضاء:

تاریخ:

فرم شماره ۷

فرم آزمایشات و پاراکلینیک

نام بیمار :

نام خانوادگی بیمار:

آزمایشات مورد نیاز جهت پذیرش بیمار در مراکز توانبخشی و درمانی بیماران روانی مزمن

آزمایشات تشخیصی :

□ هیپاتیت (C و B) □ ایدز

□ سفلیس □ اسل

آزمایشات روتین :

□ قند خون ناشتا (FBS) □ اوره

□ کراتین □ اسید اوریک

□ تری گلسیرید □ کلسترول

□ آلبومین سرم □ آزمایش کامل ادرار

برای سالمندان واجد شرایط ECG و عکس سینه

(فرم شماره ۸)
ارزیابی روان پزشکی

شماره پرونده:

۱- نام و نام خانوادگی بیمار: سن: تحصیلات:

۲- شرح حال مختصر بیمار :

.....

۳- سوابق درمانی و بستری در گذشته:

.....

.....

.....

۴- یافته ها و اقدامات پاراکلینیکی :

.....

.....

۵- درمان های دارویی :

.....

.....

۶- طرح درمان :

.....

.....

۷- تشخیص افتراقی نهایی:

نام و نام خانوادگی روانپزشک تیم:

امضاء:

تاریخ:

(فرم شماره ۹)
ارزیابی کلی پزشکی

شماره پرونده:

۱- نام و نام خانوادگی بیمار:..... سن:.....

۲- نوع بیماری بر اساس تشخیص روان پزشک:

.....

۳) تاریخچه پزشکی مختصر:

.....

.....

۴- داروهای مصرفی در حال حاضر و طبقه مصرف بر اساس تجویز روانپزشک:

.....

.....

۵ عوارض جانبی پیش آمده برای بیمار و هماهنگی انجام شده با روانپزشک برای درمان عوارض شایع با ذکر تاریخ و ساعت دقیق در صورت امکان:

.....

۶- درخواست اقدامات پاراکلینیک هفتگی و ماهانه بر اساس نوع داروهای مصرفی و هماهنگی با روانپزشک بیمار:

.....

۷- ثبت اقدامات انجام شده توسط سایر اعضای تیم بطور خلاصه (در یک خط) در جلسات هماهنگ سازی:

.....

۸- طرح (PLAN) درمانی در نظر گرفته شده برای این بیمار:

.....

نام و نام خانوادگی پزشک تیم:

امضاء:

تاریخ:

(فرم شماره ۱۰)
ارزیابی کلی مددکاری

شماره پرونده:

مشخصات بیمار:

نام نام خانوادگی سن:

اخذ شرح حال از خانواده در رابطه با بیمار :

.....
.....

وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیمار

.....
.....

وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانواده

.....
.....

تاریخچه شغلی:

.....

یافته‌ها و نکات مهم:

.....
.....

راهکارهای مددکاری:

.....

نام و نام خانوادگی مددکار:

امضاء:

تاریخ:

(فرم شماره ۱۱)
ارزیابی کار درمانی

شماره پرونده:

۱- خصوصیات و ویژگی های فردی بیمار

خوب (۳)	تا حدودی (۲)	کم (۱)	اصلاً (۰)	
				وضعیت ظاهر و آراستگی بیمار
				- پرداختن به خود
				- رعایت اصول بهداشت فردی
				- متعارف و همگون بودن
				وضعیت تکلم بیمار
				- قابل فهم بودن تکلم
				وضعیت حرکات جسمانی بیمار
				تناسب حرکات جسمانی بیمار
				وضعیت حافظه بیمار
				- حافظه دور
				- مصمم بودن (مردد نبودن)
				- استقلال فردی
				قدرت تصمیم گیری بیمار
				- انعطاف پذیری
				- حافظه نزدیک (اخیر)
				- حافظه فوری
				توجه بیمار
				- توانایی جمع کردن حواس
				وضعیت خواب بیمار
				- خواب پیوسته در بیمار
				(خواب منقله ندارد)
				- خواب مناسب

۲- مهارت‌های اجتماعی و شغلی بیمار

خوب (۳)	تاحدودی (۲)	کم (۱)	اصلاً (۰)	
				وضعیت اجتماعی
				- رعایت آداب معاشرت و موازین اخلاقی
				- رعایت مقررات جمعی
				- مسئولیت‌پذیری
				- همکاری در کارها و امور مربوطه
				- کردارهای اجتماعی طبیعی و رفتارهای اخلاقی
				- علاقه مندی به انجام فعالیت‌های آزاد و اوقات فراغت
				- رعایت آداب غذا خوردن و آشامیدن
				برخورد با اعضا خانواده
				- سازگاری نسبت به اعضای خانواده
				- رفتار مسالمت آمیز و صلح جویانه با دیگران
				- حفظ و نگهداری وسایل شخصی و اسباب منزل
				مسائل مربوط به شغل
				- رضایت شغلی
				- حضور به موقع و مستمر در محل کار
				- میزان سطح کار کرد و فعالیت
				- ثبات شغلی
				- رضایت سرپرست در محل کار

امتیازات مهارت‌های اجتماعی و شغلی بیمار:

نظریه کار درمانگر:

نام و نام خانوادگی کار درمانگر:

امضاء:

تاریخ:

(فرم شماره ۱۲)

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار:

گزارش ویزیت دوره ای روان پزشک

نام و امضاء و مهر روان پزشک	تاریخ ویزیت بعدی	اقدامات لازم و پیگیری	اقدامات انجام شده	نتیجه ویزیت	تاریخ ویزیت

(فرم شماره ۱۳)

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار:

گزارش ویزیت دوره‌ای پزشک

نام و امضاء پزشک	تاریخ ویزیت بعدی	اقدامات لازم و پیگیری	اقدامات انجام شده	نتیجه ویزیت	تاریخ ویزیت

(فرم شماره ۱۴)

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار:

گزارش ویزیت دوره‌ای کار درمانگر

نام و امضاء کار درمانگر	تاریخ ویزیت بعدی	اقدامات لازم و پیگیری	اقدامات انجام شده	نتیجه ویزیت	تاریخ ویزیت

(فرم شماره ۱۵)

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار:

گزارش ویزیت دوره‌ای منزل مددکار یا پرستار

نام و امضاء مددکار یا پرستار	تاریخ ویزیت بعدی	اقدامات لازم و پیگیری	اقدامات انجام شده	نتیجه ویزیت	تاریخ ویزیت

(فرم شماره ۱۶)

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار:

گزارش ویزیت دوره‌ای منزل روان‌شناس

نام و امضاء روان‌شناس	تاریخ ویزیت بعدی	اقدامات لازم و پیگیری	اقدامات انجام شده	نتیجه ویزیت	تاریخ ویزیت

(فرم شماره ۱۷)
جمع‌بندی اطلاعات و گزارش ماهیانه

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار:

اعضای تیم	اقدامات انجام یافته	نتیجه اقدامات	برنامه برای پیگیری بعدی
ارزیابی روان‌پزشک			
ارزیابی پزشک عمومی			
ارزیابی روان‌شناس			
ارزیابی کاردرمانگر			
ارزیابی مددکار اجتماعی یا پرستار			
موارد ارجاع داده شده			
جمع‌بندی نهایی توسط مسئول تیم			

نام و نام خانوادگی معاون توانبخشی یا نماینده ایشان (کارشناس بیماران روانی مزن استان):

امضاء

نام و نام خانوادگی مسئول تیم درمان:

امضاء

(فرم شماره ۱۸)

فرم رضایت نامه ولی/قیم

اینجانب ولی/قیم، آقا/ خانم..... که مبتلا به بیماری روانی
مزمّن می باشد، رضایت خود را جهت حضور تیم درمان و توانبخشی بیماران روانی مزمّن متشکل از
آقای /خانم..... با سمت..... و آقای/خانم.....
با سمت..... آقای/خانم..... با سمت..... در محل
سکونت(منزل) خود اعلام می دارم و متعهد می شوم با اعضای تیم در خصوص برنامه های درمانی همکاری
نمایم.

نام و نام خانوادگی:

محل امضا: