|  |
| --- |
| دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی یاسوج - شبکه بهداشت و درمان شهرستان ....................بویراحمد.... جدول گزارش عملکرد مداخلات روانشناختی به بیماران مبتلا به COVID\_19 و خانواده هایشان |
| ردیف  | مرکز | تعداد خانواده های شناسایی شده  | تعداد نفرات ارائه خدمات روانشناختی | تماس برقرار شده  | جلسه مقدماتی | جلسه اول  | جلسه دوم  | جلسه سوم  | جلسه چهارم  | سایر اقدامت | ارجاع به مدد کار  |
|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | =- | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ;;l |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **0-** |  | **0** | **0** | **0** | **0** |
|  **نتیجه جلسه مشاوره: 1- بهبودی و خاتمه مشاوره 2- عدم تمایل به درمان و قطع مشاوره 3- ارجاع به پزشک مرکز 4- ارجاع به روانپزشک توسط پزشک مرکز 5- ارجاع به بیمارستان توسط پزشک مرکز 6- بستری در بخش روانپزشکی** |
|
|
|
|  **نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم :**  |  |   |