بسمه تعالی

شماره ............................

تاریخ: ....../....../.......

فرم ارجاع ومعرفی واجدین شرایط دریافت خدمات مراقبت ویژه به پزشک

جناب آقای / سر کارخانم دکتر .....................

باسلام و احترام

بدینوسیله سرکار خانم ................................... با کد ملی .................................. که به دلیل ............................................ متقاضی دریافت مراقبت باروری ویژه می باشد برای دریافت:

1-خدمات موقت پیشگیری از بارداری 2-بستن لوله های رحمی

معرفی می گردد. خواهشمند است ضمن بررسی، باتوجه به لیست شرایط/ بیماری مجاز برای دریافت خدمات مراقبت باروری ویژه، نتیجه نهایی را به این خانه بهداشت/پایگاه/ مرکز اعلام فرمایید.

بهورز خانه بهداشت ...................................................

مراقب سلامت/مراقب سلامت –ماما پایگاه /مرکز.....................

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

فرم پسخوراند ارجاع موارد مراقبت باروری ویژه

بهورز محترم خانه بهداشت ...........................

مراقب سلامت/مراقب سلامت -ماما محترم پایگاه/مرکز ................................

باسلام و احترام

سرکار خانم ............................................ از نظر شرایط، موارد منع مصرف، بیماریهای زمینه ای و ... موردبررسی قرار گرفت و مجاز به دریافت خدمات مراقبت باروری ویژه می باشد نمی باشد و بر اساس شرایط / بیماری ...........................................................................

نیاز به استفاده از : 1- روش موقت پیشگیری از بارداری نوع روش / روشهای پیشنهادی ..................................................

2- بستن لوله های رحمی دارد .

آزمایشات مورد نیاز:...........................................................................................

مراقبت دوره ای مورد نیاز بر اساس شرایط/ بیماری مراجعه کننده : یک هفته بعد یک ماه بعد سه ماه بعد - شش ماه بعد یک سال بعد

دکتر .........................

امضا و مهر پزشک