فرم شماره 1- لیست خطی خدمات ارائه شده به بهبودیافتگان کووید-19

نام کارشناس سلامت روان: مرکز: شهرستان: دانشگاه:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام بیمار | تاریخ تماس | تلفن تماس | تماس تلفنی پاسخ داده شد | پیشنهاد غربالگری تلفنی | نتیجه غربالگری تلفنی اولیه | پیشنهاد مراجعه به فرد غربال مثبت | مراجعه به مرکز کرده است | نتیجه معاینه روانپزشکی توسط پزشک | پیشنهاد درمان دارویی | مراجعه به روانشناس | انجام MMSE | تعداد جلسات آموزش روانشناسی | پیشنهاد غربالگری دوره ای هر 3 ماه یکبار |
| مثبت | منفی |
| بله | خیر | قبول | رد | مثبت | منفی | قبول | رد | بله | خیر | اورژانس | غیر اورژانس |  | قبول | رد | بله  | خیر | قبول | رد |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| جمع |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |