

سال .....

ماه .....

برنامه شهری برنامه روستایی 

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد  
اداره سلامت روان  
« فرم ثبت آمار و مراقبت اختلالات روانپزشکی »

دانشگاه علوم پزشکی کاشان

شهرستان.....

مرکز خدمات جامع سلامت.....

پایگاه سلامت.....

جمعیت تحت پوشش مرکز/ پایگاه.....

ارجاع		قطع پیگیری			مراقبت			جمع کل	موارد تجمعی**	موارد جدید شناسایی شده								جنس	نوع اختلال
					پزشک	روانشناس	بهورز/ کارشناس مراقب سلامت			بهبودی	فوت	سایر	مرکز تخصصی	بستری	جمع	۶۰ سال و بالاتر	۵۹-۳۰ سال		
																		مرد	
																		زن	افسردگی
																		مرد	
																		زن	دوقطبی
																		مرد	
																		زن	اضطرابی
																		مرد	
																		زن	صرع
																		مرد	
																		زن	معلولیت ذهنی
																		مرد	
																		زن	دمانس
																		مرد	
																		زن	اختلالات شایع / کودک و نوجوان
																		مرد	
																		زن	جمع
																		مرد	

نام و نام خانوادگی گزارشگر :

تاریخ گزارش:

\*\* موارد تجمعی (cumulative case) تا ماه قبل، به عبارتی مجموع بیماران ماه‌های گذشته در هر ردیف