فرم شماره 2- گزارش تجمیعی ماهانه خدمات ارائه شده به بهبودیافتگان کووید-19

دانشگاه: ماه: سال:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام مرکز/پایگاه | تعداد تماس های گرفته شده | تلفن تماس های پاسخ داده شده | تعداد ارزیابی اولیه تلفنی | نتیجه ارزیابی اولیه تلفنی | پذیرش مراجعه به مرکز در غربال مثبت ها | مراجعه به مرکز | 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 |
|  | مثبت | منفی | بله | خیر | بله | خیر | اورژانس | غیر اورژانس | قبول | رد | بله  | خیر | بله | خیر |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| جمع |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |