فرم پیگیری بیماران بهداشت روان شهری

**تاریخ تولد : ........................... تاریخ تشخیص بیماری : ..........................**

**نوع بیماری : شدید خفیف صرع عقب ماندگی سایر موارد**

**نحوه شناسایی بیماری : خود معرف شناسایی توسط پزشک شناسایی و ارجاع توسط رابط بهداشتی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ مراقبت یا پیگیری** | **نحوه مراقبت یا پیگیری** | | **نوع خدمت یا دستورات داده شده** | **تاریخ مراقبت بعدی** | **دلیل عدم پیگیری و مراقبت** | | |
| **داخل واحد بهداشتی** | **خارج واحد بهداشتی** | **بهبودی** | **مرگ** | **مهاجرت** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |