

فرم گزارش فصلی عملکرد کارشناس روان

دانشگاه علوم پزشکی: .....

سه ماهه ماه: ..... سال: 139

شهرستان: .....

مرکز جامع خدمات سلامت: .....

سایر فعالیت ها	کلاس آموزشی برگزار شده برای کارکنان			آموزش روانشناختی انفرادی در هر سه حوزه برای خانواده بیمار	آموزش روانشناختی انفرادی در هر سه حوزه برای بیمار	کلاس های آموزش گروهی برگزار شده توسط کارشناس سلامت روان برای جمعیت عمومی			تعداد موارد مداخله شده	تعداد موارد غربالگری تکمیلی در برنامه سلامت اجتماعی		تعداد موارد مداخله شده	تعداد موارد غربالگری تکمیلی در برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد		پایگاه بهداشت
	سایر	کارشناسان	کارشناس مراقب سلامت			پزشک	سلامت اجتماعی	پیشگیری از سوء مصرف مواد		سلامت روان	منفی		مثبت	منفی	
	نفر ساعت	نفر ساعت	نفر ساعت	نفر ساعت	نفر ساعت	نفر ساعت	نفر ساعت	نفر ساعت	نفر ساعت	نفر ساعت	نفر ساعت	نفر ساعت	نفر ساعت	نفر ساعت	نفر ساعت

امضاء تکمیل کننده (کارشناس سلامت روان مرکز جامع خدمات سلامت):

تاریخ تکمیل فرم:

امضاء مسئول مرکز جامع سلامت::

توضیحات:

1. در زیر ستون پایگاه بهداشت: اسامی پایگاه های مرتبط با مرکز جامع سلامت که از آنها ارجاع می پذیرند ثبت می شود.
2. موارد غربالگری شده: منظور تعداد مواردی است که توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده غربالگری شده و به پزشک یا کارشناس سلامت روان ارجاع شده است .
3. موارد مداخله شده: مواردی که توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده غربالگری شده (غربال مثبت) و پس از ارجاع به پزشک یا کارشناس سلامت روان بر اساس فلوجارت خدمت یکی از انواع خدمات را دریافت کرده است.
4. نفر ساعت: عبارت است از افراد شرکت کننده در هر جلسه ضربدر تعداد ساعات آن جلسه به گونه ای که مجموع محاسبه برای تمام جلسات برگزار شده در جدول وارد می شود.
5. در ستون سایر فعالیت ها موارد مراجعه موردی خارج از روند غربالگری، اوزنانش های روان پزشکی، ارائه خدمات به گروه های ویژه خدمت مانند دانش آموزان - مددجویان کمیته امداد - زندانیان و ... موارد مداخله در بحران بلایا و حوادث غیر مترقبه ثبت می شود.

\* این فرم تا پنجم اولین ماه هر فصل تکمیل و به ستاد شهرستان ارائه خواهد شد و محتوی آماری مربوط به سه ماهه فصل قبل در آن گردآوری می شوند.