

## فرم شرح حال روانپزشکی / روانشناسی در مراکز بهداشتی درمانی

شماره پرونده:

تاریخ مراجعه:

ساعت مراجعه:

### 1. مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی: نام سرپرست خانوار:

سن: جنس: تاهل: تحصیلات: شغل:

محل تولد: محل سکونت:

منبع ارجاع و خانه بهداشت: خود بیمار  خانواده  پزشک  سایر مراجع

### 2. علت مراجعه و شکایات اصلی:

### 3. تاریخچه بیماری / مشکل فعلی:

- زمان شروع بیماری / مشکل:
- نحوه شروع بیماری / مشکل: ناگهانی  تدریجی  نامشخص
- علائم شروع بیماری / مشکل فعلی:

#### • بررسی علائم مهم

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> پر حرفی               | <input type="checkbox"/> سرخوشی و شادی زیاد        | <input type="checkbox"/> فعالیت بیش از حد                            |
| <input type="checkbox"/> پر خاشگری فیزیکی      | <input type="checkbox"/> پر خاشگری لفظی            | <input type="checkbox"/> تحریک پذیری                                 |
| <input type="checkbox"/> اختلال در حافظه       | <input type="checkbox"/> اختلال در تمرکز           | <input type="checkbox"/> رفتارهای عجیب                               |
| <input type="checkbox"/> اقدام به خودکشی       | <input type="checkbox"/> افکار خودکشی              | <input type="checkbox"/> حرف زدن با خود                              |
| <input type="checkbox"/> احساس گناه            | <input type="checkbox"/> کمبود انرژی               | <input type="checkbox"/> خودزنی                                      |
| <input type="checkbox"/> عدم لذت بردن از زندگی | <input type="checkbox"/> بی میلی جنسی              | <input type="checkbox"/> احساس بی ارزشی                              |
| <input type="checkbox"/> بی قراری روانی حرکتی  | <input type="checkbox"/> بی توجهی به نظافت شخصی    | <input type="checkbox"/> حرفهای بی ربط                               |
| <input type="checkbox"/> شکایات جسمی           | <input type="checkbox"/> فقدان بینش نسبت به بیماری | <input type="checkbox"/> کندی روانی حرکتی                            |
| <input type="checkbox"/> گوشه گیری             | <input type="checkbox"/> افزایش نیاز به خواب       | <input type="checkbox"/> کاهش نیاز به خواب                           |
| <input type="checkbox"/> افزایش اشتها          | <input type="checkbox"/> کاهش اشتها                | <input type="checkbox"/> اختلال جهت یابی نسبت به زمان یا مکان یا شخص |
| <input type="checkbox"/> احساس ناامیدی         | <input type="checkbox"/> احساس غمگینی              | <input type="checkbox"/> دلشوره عمومی بدون عامل بیرونی               |
| <input type="checkbox"/> توهم                  | <input type="checkbox"/> هذیان                     | <input type="checkbox"/> افکار و اعمال وسواسی                        |

در صورت وجود حملات تشنج:

تاریخ آخرین حمله: .....

تعداد حملات در ماه: .....

- وجود بیهوشی پس از حملات       بی‌اختیاری ادرار       بروز حملات در زمان و مکان خاص
- حرکت تونیک کلونیک اندام‌ها       خارج شدن کف از دهان       گازگرفتگی زبان
- بروز حملات در حین خواب

#### 4. تاریخچه تکاملی:

- تأخیر در نشستن       تأخیر در سخن گفتن       تأخیر در راه رفتن       تأخیر در کنترل ادرار و مدفوع
- معلولیت‌های جسمی       رفتارهای نامتناسب با سن       ناتوانی ذهنی

#### 5. اختلال کارکرد در حوزه‌های: فردی      خانوادگی      تحصیلی      شغلی      اجتماعی

#### 6. علائم، تشخیص‌ها و درمان‌های قبلی:

سابقه مصرف داروها:

#### 7. سابقه مصرف سیگار، مواد و الکل:

#### 8. سابقه بیماری جسمی:

#### 9. تاریخچه خانوادگی:

**10. عوامل احتمالی سبب ساز بیماری:**

- سابقه زردی یا سیانوز نوزادی
- سابقه زایمان سخت
- ابتلا به بیماری جسمی مزمن
- وجود مشکل اقتصادی شدید
- طلاق، جدایی یا فوت نزدیکان درجه یک در یک سال گذشته
- وجود فرد مبتلا به معلولیت جسمی یا ذهنی در خانواده
- وجود فرد زندانی در خانواده
- وجود خشونت خانگی
- وجود فرد بازمانده از تحصیل (زیر 18 سال) در خانواده
- سابقه بیماری تب دار شدید
- وجود مشکل در روابط خانوادگی
- وجود فرد مبتلا به اعتیاد در خانواده
- بیکاری سرپرست خانواده

**11. تشخیص احتمالی :**

طبقه بندی تشخیص برای ثبت در فرم آمار:

- الف) اختلالات سایکوتیک
- ب) اختلالات اضطرابی
- ج) اختلالات افسردگی
- د) صرع
- ه) معلولیت ذهنی
- و) اختلالات شایع کودک و نوجوان
- ح) اختلال مصرف مواد و الکل
- سایر:

**12. اقدامات انجام شده:**

تاریخ مراجعه بعدی:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم (روانشناس):

امضاء: