

فرم شرح حال روانپزشکی 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 فعلی:

- زمان شروع بیماری:
- نحوه شروع بیماری: ناگهانی تدریجی نامشخص

علائم شروع بیماری فعلی:

• روری بر علائم مهم

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

3. 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

4. اختلال کارکرد در حوزه‌های: فردی خانوادگی تحصیلی شغلی اجتماعی

5. علائم، تشخیص‌ها و درمان‌های قبلی:

سابقه مصرف داروها:

6. سابقه مصرف سیگار، مواد و الکل:

7. سابقه بیماری جسمی:

8. تاریخچه خانوادگی:

9. عوامل احتمالی سبب ساز بیماری:

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

10. معاینه جسمی:

11. نتیجه بررسیهای پاراکلینیکی:

12. تشخیص:

- 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:

13. مداخلات درمانی و داروهای تجویز شده:

تاریخ مراجعه بعدی:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

امضاء: