

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: ۱۰۲-۱۹-۰۱

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

برنامه ادغام سلامت روان روستائی

ماه

فرم ثبت اختلالات روانپزشکی

دوره تکمیل فرم: ماهانه

نوع واحد: ستاد

مرکز/مراکز بهداشتی درمانی شهری

مرکز/مراکز بهداشتی درمانی روستائی

خانه بهداشت

پایگاه بهداشتی

بستری	مرکز تخصصی	موارد قطع پیگیری			موارد تحت مراقبت	موارد تحت درمان											جنس	نوع بیماری	گروه بیماری			
		سایر علل	فوت	بهبود		تکراری	عود	جدید														
								جمع	+۶۵	۵۵-۶۴	۴۵-۵۴	۳۵-۴۴	۲۵-۳۴	۱۵-۲۴	۵-۱۴	۱-۴				کمتر از یکسال		
																		مرد	روانی شدید	روانی - عصبی		
																		زن				
																		مرد	روانی خفیف			
																		زن				
																		مرد	صرع			
																		زن				
																		مرد	ذهنی مانده عقب			
																		زن				
																		مرد	سایر موارد			
																		زن				
						جمعیت کل شهری: مرد															مرد	جمعیت شهری
						زن															زن	

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز: