

نام مرکز / شبکه نام واحد :	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی معاونت امور بهداشتی فرم گزارش فعالیتهای مرکز خدمات مشاوره ای بهداشت روان	کد فرم: ۱۰۲-۱۹-۰۳ تاریخ تکمیل: / / ماه
دوره تکمیل فرم: ماهانه نوع واحد: ستاد	مرکز/ مراکز بهداشتی درمانی شهری	مرکز/ مراکز بهداشتی درمانی روستائی
	خانه بهداشت	پایگاه بهداشتی

	تعداد کل مراجعین
	تعداد کل مراجعین جدید در ماه
	تعداد مشاوره و روان درمانی به تعداد نفر
	تعداد ازمونهای روانی انجام شده
	تعداد بیماران ارجاع شده جهت ویزیت روانپزشکی
	تعداد بیماران ارجاع شده جهت بستری در بیمارستان
	تعداد بیماران ارجاع شده به مراکز ترک اعتیاد
	تعداد بیماران ارجاع شده به مراکز گفتار درمانی
	تعداد بیماران ارجاع شده جهت آزمایشات
	تعداد کارگاههای انجام شده با ذکر نام و گروههای هدف (تعداد ساعت)
	تعداد سمیناریاهمایش انجام شده با ذکر عنوان و تعداد نفرات
	تعداد نفرات آموزش داده شده بهداشت روان
	جمع کل نفرات آموزش دیده

توضیحات :

نام و سمت تکمیل کننده :	امضاء :	نام و امضاء مسئول مرکز :
-------------------------	---------	--------------------------