

فرم شرح حال روانپزشکی / روانشناسی در مراکز بهداشتی درمانی

شماره پرونده:

تاریخ مراجعه:

ساعت مراجعه:

۱. 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 □

۲. علت مراجعه و شکایات اصلی:

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

در صورت وجود حملات تشنج:

تاریخ آخرین حمله:

تعداد حملات در ماه:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> وجود بیهوشی پس از حملات | <input type="checkbox"/> بی‌اختیاری ادرار | <input type="checkbox"/> بروز حملات در زمان و مکان خاص |
| <input type="checkbox"/> حرکت تونیک کلونیک اندام‌ها | <input type="checkbox"/> خارج شدن کف از دهان | <input type="checkbox"/> گازگرفتگی زبان |
| <input type="checkbox"/> بروز حملات در حین خواب | | |

۴. تاریخچه تکاملی:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> تأخیر در نشستن | <input type="checkbox"/> تأخیر در سخن گفتن | <input type="checkbox"/> تأخیر در راه رفتن | <input type="checkbox"/> تأخیر در کنترل ادرار و مدفوع |
| <input type="checkbox"/> معلولیت‌های جسمی | <input type="checkbox"/> رفتارهای نامتناسب با سن | <input type="checkbox"/> ناتوانی ذهنی | |

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

۶. علائم، تشخیص‌ها و درمان‌های قبلی:

سابقه مصرف داروها:

۷. سابقه مصرف سیگار، مواد و الکل:

۸. سابقه بیماری جسمی:

۹. تاریخچه خانوادگی:

۱۰. عوامل احتمالی سبب ساز بیماری:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> سابقه زردی یا سیانوز نوزادی | <input type="checkbox"/> سابقه زایمان سخت |
| <input type="checkbox"/> ابتلا به بیماری جسمی مزمن | <input type="checkbox"/> وجود مشکل اقتصادی شدید |
| <input type="checkbox"/> طلاق، جدایی یا فوت نزدیکان درجه یک در یک سال گذشته | <input type="checkbox"/> وجود فرد مبتلا به معلولیت جسمی یا ذهنی در خانواده |
| <input type="checkbox"/> وجود فرد مبتلا به اعتیاد در خانواده | <input type="checkbox"/> وجود فرد زندانی در خانواده |
| <input type="checkbox"/> بیکاری سرپرست خانواده | <input type="checkbox"/> وجود خشونت خانگی |
| | <input type="checkbox"/> وجود فرد بازمانده از تحصیل (زیر ۱۸ سال) در خانواده |

۱۱. تشخیص احتمالی :

طبقه بندی تشخیص برای ثبت در فرم آمار:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> الف) اختلالات سایکوتیک | <input type="checkbox"/> ب) اختلالات اضطرابی | <input type="checkbox"/> ج) اختلالات افسردگی |
| <input type="checkbox"/> د) صرع | <input type="checkbox"/> ه) معلولیت ذهنی | <input type="checkbox"/> و) اختلالات شایع کودک و نوجوان |
| <input type="checkbox"/> ج) اختلال مصرف مواد و الکل | | |
- سایر:

۱۲. اقدامات انجام شده:

تاریخ مراجعه بعدی:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم (روانشناس):

امضاء: