

فرم شرح حال روانپزشکی 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 فعلی:

• زمان شروع بیماری:

• نحوه شروع بیماری: ناگهانی تدریجی نامشخص

علائم شروع بیماری فعلی:

• روری بر علائم مهم

فعالیت بیش از حد

تحریک پذیری

رفتارهای عجیب

حرف زدن با خود

خودزنی

احساس بی ارزشی

حرفهای بی ربط

کندی روانی حرکتی

کاهش نیاز به خواب

اختلال جهت‌یابی نسبت به زمان یا مکان یا شخص

دلشوره عمومی بدون عامل بیرونی

افکار و اعمال وسواسی

سرخوشی و شادی زیاد

پرخاشگری لفظی

اختلال در تمرکز

افکار خودکشی

کمبود انرژی

بی میلی جنسی

بی توجهی به نظافت شخصی

فقدان بینش نسبت به بیماری

افزایش نیاز به خواب

کاهش اشتها

احساس غمگینی

هذیان

پرحرفی

پرخاشگری فیزیکی

اختلال در حافظه

اقدام به خودکشی

احساس گناه

عدم لذت بردن از زندگی

بی قراری روانی حرکتی

شکایات جسمی

گوشه‌گیری

افزایش اشتها

احساس ناامیدی

توهم

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

۳. 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

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

۵. علائم، تشخیص‌ها و درمان‌های قبلی:

سابقه مصرف داروها:

۶. سابقه مصرف سیگار، مواد و الکل:

۷. سابقه بیماری جسمی:

۸. تاریخچه خانوادگی:

۹. 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 ۱۸ سال) در خانواده

۱۰. معاینه جسمی:

۱۱. نتیجه بررسیهای پاراکلینیکی:

۱۲. 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:

۱۳. مداخلات درمانی و داروهای تجویز شده:

تاریخ مراجعه بعدی:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

امضاء: