

فرم شرح حال روانپزشکی در مراکز بهداشتی درمانی

شماره پرونده:

تاریخ مراجعه:

- ۱- نام و نام خانوادگی
۵- نام سرپرست خانوار
- منبع ارجاع: خانه بهداشت
۱۰- علت مراجعه و شکایات اصلی:
- ۲- سن
۶- جنس
خود بیمار خانواده پزشک سایر مراجع
- ۳- محل تولد
۷- محل سکونت
نامشخص
- ۴- شغل
۸- تحصیلات

- ۱۱- زمان شروع بیماری فعلی:
۱۲- نحوه شروع بیماری فعلی:
۱۳- علائم، تشخیص ها و درمانهای قبلی:

۱۴- عوامل سبب ساز بیماری:

- ضربه مغزی شدید
زایمان سخت
مشکلات خانوادگی
۱۵- سابقه بیماری جسمی:
۱۶- تاریخچه خانوادگی:
- بیماری جسمی
زردی یا سیانوز شدید
مشکلات شغلی و مالی
- بیماری تب دار شدید
مصرف مواد مخدر
سایر عوامل مهم

- ۱۷- اختلال در کارکردها: فردی خانوادگی تحصیلی شغلی اجتماعی
۱۸- علائم و نشانه ها:

(الف)

- فعالیت بیش از حد
سرخوشی و شادی زیاد
پـر حـرفـی
حرفهای بی ربط
خشونت
بی خوابی
قطع ارتباط و گوشه گیری
- آرزوی مـرگ
افکار یا اقدام به خودکشی
بی میلی جنسی
بی توجهی به خود
رفتارهای عجیب و غریب
هدیان گزند و آسیب
- توهم شنوایی
توهم بینایی
اختلال حافظه
اختلال جهت یابی
فقدان بینش
سایر هذیان ها

(ب)

- دلهره و نگرانی
طپش قلب
خشکی دهان
لرزش دستها
- سردرد و سرگیجه
دردهای پراکنده بدنی
غمگینی و ناامیدی
ضعف یا خستگی پذیری
- کاهش یا افزایش اشتها
ترسهای غیر منطقی
افکار وسواسی
اعمال وسواسی

(ج)

- بی‌هوشی
حرکات تونیک کلونیک
گـاز گرفتگی زبان
- بی اختیاری ادرار هنگام غش
خارج شدن کف از دهان
حملات غش در حین خواب
- حملات در زمان و مکان خاص
تاریخ آخرین حمله: _____
تعداد حملات در ماه: _____

(د)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> رفتارهای نامناسب و کودکانه | <input type="checkbox"/> تاخیر در سخن گفتن | <input type="checkbox"/> تاخیر در نشستن |
| <input type="checkbox"/> معلولیت‌های جسمی | <input type="checkbox"/> تاخیر در کنترل ادرار و مدفوع | <input type="checkbox"/> تاخیر در راه رفتن |

ه: سایر علائم و نشانه‌ها:

۱۹- علائم مثبت و خلاصه شرح حال:

۲۰- معاینه جسمی (از جمله دستگاه عصبی):

طبیعی غیر طبیعی علائم غیر طبیعی ذکر شود: _____

۲۱- نتیجه بررسیهای پاراکلینیکی:

۲۲- تشخیص:

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> سایکوز حاد | <input type="checkbox"/> سایکوز عضوی | <input type="checkbox"/> مانیک دپرسیو | <input type="checkbox"/> افسردگی شدید | <input type="checkbox"/> الف) سایکوز: اسکیزوفرنیا |
| <input type="checkbox"/> وسواس | <input type="checkbox"/> فوبیا | <input type="checkbox"/> هیستری | <input type="checkbox"/> افسردگی | <input type="checkbox"/> ب) نوروز: اضطراب |
| | <input type="checkbox"/> تشنج همراه باتب | <input type="checkbox"/> صرع روانی حرکتی | <input type="checkbox"/> صرع کوچک | <input type="checkbox"/> ج) صرع: صرع بزرگ |
| <input type="checkbox"/> عمیق | <input type="checkbox"/> شدید | <input type="checkbox"/> متوسط | <input type="checkbox"/> خفیف | <input type="checkbox"/> د) عقب ماندگی ذهنی: |

ه: سایر موارد تشخیصی:

۲۳- درمان اولیه و داروهای تجویز شده:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

امضاء