شماره : ............................... فرم ارجاع فوری / غیر فوری بیماران بهداشت روان شهری تاریخ: ................................

مرکز بهداشتی درمانی : ................................ تاریخ ارجاع : ....................... شماره ردیف از دفتر ثبت نام : ............................ بدینوسیله آقای / خانم ............................. سن ............... که از ............................................ به مدت ................ شکایت دارد جهت تشخیص و اخذ دستورات لارم معرفی می گردد .

**نام رابط بهداشتی**

از آقای / خانم ............................. که در تاریخ ............................... توسط رابط بهداشتی معرفی شده معاینه به عمل آمد نامبرده مبتلا به ..................................... است . لارم است اقدامات زیر برای نامبرده انجام گیرد .

دستورات : ...........................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نام دارو | مقدار | تعداد دفعات در روز | تعداد روزها | طرز استفاده |
|  |  |  |  |  |

بیمار به مراجعه مجدد احتیاج دارد ندارد

بیمار بایستی در تاریخ ........................... مراجعه نماید .

بیمار جهت بررسی بیشتر به کلینیک تخصصی بهداشت روان ارجاع شد .

نام پزشک معالج

تاریخ