

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

فرم گزارش دهی مشاوره سوگ در بازماندگان متوفیان ناشی از بیماری COVID 19

مرکز خدمات جامع سلامت

شبکه بهداشت و درمان

دانشگاه علوم پزشکی.....

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت با متوفی	تاریخ تماس تلفنی	تاریخ جلسه اول (حضور/تلفنی)	تاریخ جلسه دوم	تاریخ جلسه سوم	تاریخ جلسه چهارم	تاریخ جلسه پنجم	* نتیجه جلسات مشاوره	** سایر اقدامات انجام شده
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										
۸										
۹										
۱۰										
۱۱										
۱۲										
۱۳										
۱۴										
۱۵										

* نتیجه جلسات مشاوره: ۱- بهبودی و خاتمه مشاوره ۲- عدم تمایل به ادامه درمان و قطع مشاوره ۳- ارجاع به پزشک مرکز ۴- ارجاع به روانپزشک توسط پزشک مرکز ۵- ارجاع به بیمارستان توسط پزشک مرکز ۶- بستری در بخش روانپزشکی

** سایر اقدامات انجام شده شامل: ارجاع به حوزه مددکاری اجتماعی، سازمان بهزیستی، کمیته امام(ره)، مراجع حقوقی و قانونی، انجمن ها و خیریه های حمایتی و

نام و نام خانوادگی کارشناس سلامت روان:..... نام و نام خانوادگی تایید کننده:..... تاریخ تکمیل فرم: