



کد فرم: ALZ - RM- 107

آخرین بازنگری: ۹۲/۶/۱۸

بازنگری بعدی: ۹۳/۶/۱۸



مرکز آموزشی درمانی الزهراء - تبریز فرم ارزیابی مددکاری

نام و نام خانوادگی: شماره پرونده: تاریخ بستری: بخش بستری:

نحوه بستری: اورژانسی

☐ الکتیو ☐ تصادفی

☐ ارجاع توسط اورژانس

☐ ۱۱۵

موارد قابل ارزیابی در بخش: اعتیاد بیمار ☐ عدم بضاعت مالی ☐ فاقد بیمه ☐ مجهول الهویه ☐ معلولیت ☐ عوارض بیمارستانی ☐ آسیب اجتماعی (همسر آزاری، زنان خیابانی) ☐

در مورخه: جهت مشاوره مددکاری ارجاع داده شد.

نظریه کارشناسی مددکاری:

ارجاع بیمار به مرکز ☐ موسسات خیریه ☐ کمیته امداد ☐ بهزیستی ☐ پزشک معالج ☐ انتخاب خود بیمار ☐ بیمار تحت پوشش ☐

بیمه تامین اجتماعی ☐ خدمات درمانی ☐ نیروهای مسلح ☐ فاقد بیمه ☐ می باشد.

شغل بیمار: شغل همسر بیمار: میزان درآمد ماهانه:

بیمار مشاوره گردید و براساس اطلاعات بدست آمده:

از نظر: نیاز به حمایت و مددکاری دارد.

بیمار جهت: به: معرفی گردید.

سایر توضیحات: