

تاریخ زده: مرد زن صنف: تاریخ تولد: نام پی پی:

نمونه خون: نمونه خون محل کار: ولایت پرس: نام اولی‌ها پرس:

نمونه خون: نام اولی‌ها:

نمونه خون: نام ارائه دهنده خدمات در محل کار:

ارزایی پرس از سال مت پی پی

1. آیا پی پی هم‌اکنون طی یک ارائه دهنده مراقبت‌های مبتنی بر رای مری که از موارد فرستادن شخص داده شده است؟ اگر بله، لطفاً توضیح دهید.

ADD/ADHD

سایر اختلالات

آیا ایلی‌ف‌ن‌ت‌ج‌ویز می‌شود: بله نه

توجه: هنگام پی پی، کف‌م‌اضرفی‌بی‌ت‌وس‌ط‌وی‌ک‌ارائه‌د‌ده‌ه‌م‌راقبت‌های‌ب‌ه‌ن‌ش‌ت‌ی‌ت‌ک‌م‌ل‌ش‌و‌د.

نام

توجه: هنگام پی پی، کف‌م‌اضرفی‌بی‌ت‌وس‌ط‌وی‌ک‌ارائه‌د‌ده‌ه‌م‌راقبت‌های‌ب‌ه‌ن‌ش‌ت‌ی‌ت‌ک‌م‌ل‌ش‌و‌د.

اختلال ناله

اختلال خونی

اختلال روده

سرطان

تاریخ: _____

ضربه مغزی یا لرز یا خضبه: _____

ویبیت

نوع ۱ نوع ۲ تاریخ تشخیص: _____

اختلال لگوکوس

اختلال چشم

عدم تحمل غذای: _____

وضعیت قلبی

آیا این وضعیت بهتر می‌شده است؟ بله نه تاریخ آخرت: _____

تشنج تشنج

سری‌سری‌م‌ظ‌ن‌ن‌س‌و‌ب‌ش‌ده

اسهال

تاریخ تشخیص: _____

توضیح: _____

سفر مشک‌ال‌تم‌ال‌ن‌ت‌ی‌ت‌ا‌ف‌ت‌ش‌خ‌ص: _____

توضیح: _____

2. آیا پی پی هم‌اکنون طی یک ارائه دهنده مراقبت‌های مبتنی بر رای مری که از موارد فرستادن شخص داده شده است؟ اگر بله، لطفاً توضیح دهید.

3. آیا پی پی هم‌اکنون طی یک ارائه دهنده مراقبت‌های مبتنی بر رای مری که از موارد فرستادن شخص داده شده است؟ اگر بله، لطفاً توضیح دهید.

4. آیا پی پی هم‌اکنون طی یک ارائه دهنده مراقبت‌های مبتنی بر رای مری که از موارد فرستادن شخص داده شده است؟ اگر بله، لطفاً توضیح دهید.

5. آیا پی پی هم‌اکنون در حال حاضر تحت مراقبت‌های مبتنی بر رای مری که از موارد فرستادن شخص داده شده است؟ اگر بله، لطفاً توضیح دهید.

6. آیا دارو مصرف می‌کند؟ بله نه دلیل: _____

نام دارو: _____

توجه: برای تمام داروهای که در کتاب مصرف می‌شوند، نام دارو، دوز و نحوه مصرف را درج کنید.

7. آیا پی پی هم‌اکنون طی یک ارائه دهنده مراقبت‌های مبتنی بر رای مری که از موارد فرستادن شخص داده شده است؟ اگر بله، لطفاً توضیح دهید.

توجه: هنگام پی پی، کف‌م‌اضرفی‌بی‌ت‌وس‌ط‌وی‌ک‌ارائه‌د‌ده‌ه‌م‌راقبت‌های‌ب‌ه‌ن‌ش‌ت‌ی‌ت‌ک‌م‌ل‌ش‌و‌د.

8. آیا پی پی هم‌اکنون در حال حاضر تحت مراقبت‌های مبتنی بر رای مری که از موارد فرستادن شخص داده شده است؟ اگر بله، لطفاً توضیح دهید.

در صورت نداشتن ناله، لطفاً نام دارو، دوز و نحوه مصرف را درج کنید. (3376-399-503) نام اس‌پی‌پی.