

فرم اعلام نتیجه معاینه بیمار عصبی و روانی به مرکز بهداشتی درمانی

شماره:

تاریخ:

از: **متخصص پلازینشکد بیمارستان** **بیرجند**
مقر و امضاء
 به: **مرکز بهداشتی درمانی**

سلامه علیکه:

احتراماً از بیمار آقای /خانم..... معاینه بعمل آمد. نامبرده مبتلا به..... می باشد و لازم است اقدامات ذیل در مورد ایشان انجام شود.

- ۱- در تاریخ / / جهت معاینه مجدد مراجعه نماید.
- ۲- نیاز به مراجعه مجدد ندارد.
- ۳- لازم است هر..... جهت رواندرمانی و سایر خدمات به..... مراجعه نمایند.
- ۴- لازم است طی مدت..... تحت درمان دارویی ذیل قرار گیرد.

ردیف	نوع دارو	میزان مصرف	مدت مصرف
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			

۵- بیمار جهت بستری شدن و مراجعه به بخش..... بیمارستان..... ارجاع شد.

پزشک متخصص

مهر و امضاء

فرم ارجاع بیمار عصبی و روانی به مرکز تخصصی

شماره:

تاریخ:

به: **متخصص محترم پلازینشکد بیمارستان** **بیرجند**
مقر و امضاء
 از: **مرکز بهداشتی درمانی**

سلامه علیکه:

احتراماً بیمار آقای /خانم..... که بعلت..... به این مرکز مراجعه نموده است با تشخیص..... جهت معاینه و اقدام تشخیصی و درمانی به حضور احتمالی..... جنابعالی معرفی می گردد.

خواهشمند است از نتیجه معاینه این مرکز را مطلع فرمائید.

پزشک عمومی مرکز بهداشتی درمانی.....

مهر و امضاء

بیمار شماره:

لطفاً پس از معاینه توسط متخصص (فرم اعلام نتیجه معاینه) را حتماً به پزشک معالج خود در مرکز بهداشتی درمانی تحویل نمایید تا پس از رؤیت پزشک وارد پرونده بهداشت روان شما گردد.