

دستورالعمل شرایط و ضوابط اختصاصی مراکز توانبخشی و

درمانی بیماران روانی مزمن

(شبانہ روزی)

۱۳۹۱

(بسمه تعالی)

در اجرای آئین نامه اجرایی جزء ۵ بند الف ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۰/۲/۵ هیأت محترم وزیران و ادامه آن در برنامه چهارم (بند ح ماده ۹۷) و ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۱۳۸۰/۱۱/۲۷ مجلس شورای اسلامی، به منظور ساماندهی وضعیت درمانی و توانبخشی بیماران روانی مزمن ، شرایط اختصاصی مراکز شبانه روزی توانبخشی و درمانی بیماران مذکور ، به شرح ذیل تدوین می گردد.

ماده ۱

تعاریف تخصصی

۱-۱: بیماری روانی

هر نوع ناسازگاری، نابهنجاری روان شناختی و رفتاری شدیدی که اختلال در کارکردها و عملکردهای اساسی فرد را سبب شود و مداخلات تخصصی را ایجاب نماید.

۱-۲: بیماری روانی مزمن

به بیماری اطلاق می شود که علائم بالینی مشخص آن بیماری به مدت حداقل ۲ سال در فرد وجود داشته باشد و بیمار به دلیل بیماری روانی ، سابقه بستری شدن در بیمارستان به مدت بیش از یک بار در طی دو سال گذشته را داشته باشد و در حال حاضر نیز از نظر عملکرد اجتماعی و شغلی و یا هر دو دچار مشکل باشد.

۱-۳: بیمار روانی مزمن

بیماران روانی مزمن به بیمارانی اطلاق می گردد که بیماری آنها شروع و پیشرفت تدریجی داشته باشد، به مدت طولانی (حدود دو سال) دوام یابد و تمایل به عود داشته، منجر به افت عملکرد و ایجاد ناتوانی یا معلولیت شود. این نوع بیماریها شامل: اسکیزوفرنی، اختلالات خلقی با علائم سایکوتیک، اختلالات نافذ رشد (کودکان اتیستیک) و مانند آن می شود. (مطابق ماده ۱ آیین نامه اجرایی جزء ۵ بند الف ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران)

تبصره:

تشخیص مزمن بودن اختلال و یا وجود افت کلی عملکرد، با روانپزشک معالج با توجه به سوابق پزشکی، معاینه و آزمایشهای انجام شده و تایید کمیسیون پزشکی است که حداقل یک نفر روانپزشک در آن حضور داشته باشد. مطابق ماده ۱ آیین نامه اجرایی جزء ۵ بند الف ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران کمیسیون مذکور مکلف است حداکثر ظرف شش هفته نسبت به تعیین تکلیف بیمار اقدام نماید.

۴-۱: ساماندهی بیماران روانی مزمن

منظور از ساماندهی، اتخاذ روشی هماهنگ، منسجم و یکپارچه برای ارایه تمام خدمات و فعالیتهای مربوط به بهداشت و سلامت روان در سطوح پیشگیری، درمان و توانبخشی و نیز بررسی، تعیین و تأمین نیازهای (بهداشتی، درمانی و توانبخشی) بیماران روانی مزمن است و مقصود از توانبخشی انجام و ارائه کلیه خدمات لازم، در جهت توانمند ساختن بیماران روانی مزمن جهت دستیابی به زندگی مستقل و خودکفا است که شامل توانبخشی طبی، روانی، اجتماعی و حرفه‌ای می‌گردد. (بر اساس ماده ۲ آئین نامه جزء (۵) بند (الف) ماده (۱۹۲) قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران)

۵-۱: بیمار روانی مزمن مجهول الهویه و بی سرپرست

بیماری است که مشخصات فردی خود را نمی‌داند، مستنداتی مبنی بر تایید هویت وی وجود ندارد، بنا بر حکم مرجع قضایی فاقد هویت مشخص و مدارک شناسایی معتبر بوده یا فاقد سرپرست و قیم قانونی باشد.

۶-۱: بیمار روانی مزمن بدسرپرست

بیماری است که بنا به تشخیص واحد مددکاری بهزیستی یا مرجع قضایی، خانواده، سرپرست یا قیم بیمار توانایی یا صلاحیت لازم جهت رسیدگی به وی را دارا نمی‌باشند.

۷-۱: بیمار روانی مزمن بی بضاعت :

بیماری است که بنا به تشخیص واحد مددکاری بهزیستی خانواده، سرپرست یا قیم بیمار توان مالی لازم جهت رسیدگی به وی را دارا نمی‌باشد.

۸-۱: درمان

مجموعه اقدامات، فعالیت‌ها و برنامه‌هایی را که در جهت مراقبت از بیمار و به منظور اعاده سلامتی یا تسکین یا تخفیف درد و رنج و یا رفع علائم و اصلاح یا تثبیت وضعیت بیمار به عمل می‌آید، "درمان" می‌نامند. حیطه فعالیت‌های درمانی محدود به مسائل پزشکی نیست و حیطه‌های توانبخشی روانی و اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد.

۹-۱: خدمت (مداخله)

ارائه هر نوع کمک (مداخله، مشاوره، درمان و توانبخشی) در ابعاد آموزشی، پزشکی، روانی، اجتماعی و حمایتی را خدمت یا مداخله می‌نامند. این خدمات قابل ارائه در منزل، خانواده، محل کار، مراکز توانبخشی درمانی بیماران روانی مزمن می‌باشد.

۱۰-۱: سطح بندی خدمات

سطح بندی ارائه خدمات توانبخشی به بیماران روانی مزمن شامل مراقبت از بیمار روانی در منزل به عنوان اولویت اول و معرفی بیمار به تیم‌های پیگیری درمان و توانبخشی در منزل و مراکز روزانه توانبخشی به ترتیب اولویت‌های بعدی و معرفی بیمار به مراکز شبانه روزی توانبخشی و درمان بیماران روانی مزمن، آخرین اولویت می‌باشد. این توالی و سطح بندی باید همواره مد نظر بوده و برای تمامی بیماران اعمال گردد.

۱۱-۱: کمیسیون ساماندهی بیماران روانی مزمن

تشخیص و تایید بیماری روانی مزمن مراجع، بررسی نیازهای بیمار، اولویت بندی نیازها، ارجاع به خدمات مربوطه از قبیل مراکز توانبخشی درمانی بیماران روانی مزمن و خدمات حمایتی و... پیگیری امور ساماندهی بیماران روانی مزمن، نظارت بر نحوه ساماندهی بیماران روانی مزمن در استان و سایر اموری که بر حسب ضرورت توسط مدیر کل استان یا ستاد ساماندهی کشور بر عهده کمیسیون گذاشته می شود، از جمله وظایف کمیسیون ها می باشد.

کمیسیون ساماندهی بیماران روانی مزمن در سطح استان و عالی تشکیل می گردد.

تبصره:

تا اعلام رسمی حوزه معاونت امور توانبخشی سازمان بهزیستی کشور مبنی بر ادغام کمیسیون های پزشکی تشخیص معلولیت و کمیسیون ساماندهی بیماران روانی مزمن، این کمیسیون ها همچنان به کار خود ادامه خواهند داد.

۱۲-۱: انواع مراکز شبانه روزی

انواع مراکزی که به صورت شبانه روزی با رعایت قوانین موضوعه، خدمات مراقبتی، درمانی، مشاوره‌ای و توانبخشی به بیماران روانی مزمن ارائه می دهند عبارتند از: مراکز شبانه روزی توانبخشی و درمانی بیماران روانی مزمن، خانه‌های نیمه راهی.

۱۳-۱: خانه نیمه راهی

به واحدهای اختصاص یافته برای آن دسته از بیماران روانی مزمنی که شدت بیماری آنان به حدی نیست که " بستری شدن " را ضروری سازد و از سوی دیگر شرایط آنان به گونه ای هم نیست که بدون انجام درجاتی از حمایت و نظارت بتوانند در محیط اجتماعی خود، عملکرد مطلوبی داشته باشند، اطلاق می گردد. در این خانه ها، بیماران از استقلال بالاتری برخوردار بوده، مهارت های اجتماعی در محیطی آزادتر و با نظارت کمتر به آنها آموخته می شود. ۴ تا ۸ بیمار در یک منزل و با نظارت ۲۴ ساعته یک پرستار زندگی می کنند و در صورت لزوم از کمک متخصصین دیگر نیز بهره مند می گردند. مهارت های بین فردی، کنترل خود و شرکت در فعالیت های خانه داری آموزش داده شده و تمرین می شود. در موارد بحران و مشکلات احتمالی، پرسنل نظارت و حمایت لازم را ارائه می نمایند. علاوه بر آن، بیماران بودجه منزل را تنظیم می نمایند. هر سه تا پنج واحد از مراکز مذکور، از نظر پشتیبانی، تحت پوشش یک مرکز توانبخشی و درمانی شبانه روزی بیماران روانی مزمن قرار می گیرند.

۱۴-۱: مراکز درمانی حفاظت شده قضائی

مراکزی هستند که در آنها مجرمان خطرناک و گروهی از مبتلایان به اختلالات شخصیتی که مسئول اعمال خود شمرده می شوند، ضمن تحمل کیفر طبق حکم مراجع صالحه قضائی، تحت حفاظت نیروی انتظامی و وفق قانون مصوب

اردیبهشت ۱۳۳۹، تحت درمان، مراقبت و توانبخشی قرار می‌گیرند. تاسیس این مراکز توسط قوه قضائیه و صدور مجوز از جمله وظایف سازمان بهزیستی می‌باشد. تامین منابع (شامل اعتبارات، بودجه، نیروی انسانی، حفاظت از مرکز و کلیه بیماران زندانی و پرسنل و...) بر عهده قوه قضائیه و ضابطین آن می‌باشد.

۱-۱۵: نگهداری موقت

به مراقبت موقت و کوتاه مدت بیماران روانی مزمن گفته می‌شود تا خانواده‌ها در شرایط اضطرار بتوانند بیمار را برای مدتی کوتاه و حداکثر تا سقف ۲ ماه در سال به مرکز انتقال دهند.

ماده ۲

شرایط اختصاصی صدور موافقت اصولی، پروانه فعالیت و پروانه مسئول فنی

۱-۲: شرایط اختصاصی متقاضیان دریافت موافقت اصولی

- برخوردار بودن از سلامت کامل روانی (به تأیید پزشکان معتمد اداره کل بهزیستی استان)
- دارا بودن مدرک تحصیلی روانپزشکی، پزشکی عمومی، کارشناسی و بالاتر در رشته‌های روانشناسی، توانبخشی، مددکاری و پرستاری
- مجوز فعالیت مرکز به اشخاص حقوقی و یا حقیقی به عنوان مؤسس داده می‌شود و چنانچه مؤسس شخصیت حقوقی داشته باشد باید حداقل یکی از اعضای هیئت مدیره دارای شرایط عمومی و تخصصی متقاضیان دریافت موافقت اصولی باشد.

تبصره ۱:

بعد از تأیید صلاحیت همه جانبه فرد متقاضی توسط کمیته نظارت تخصصی استان و قبل از صدور موافقت اصولی، باید صلاحیت تجربی و علمی و مطابق ضوابط مندرج در بخش عمومی دستورالعمل، توسط دفتر تخصصی مربوطه در ستاد تأیید شود.

تبصره ۲:

ظرفیت مندرج در پروانه فعالیت در مرحله اول ۵۰ نفر است. افزایش ظرفیت مرکز برای افراد حقوقی با توجه به امکانات موسسه تعیین می‌شود. افزایش ظرفیت مرکز برای افراد حقیقی تا سقف مقرر یعنی ۱۰۰ نفر امکان پذیر است به عبارت دیگر ظرفیت قابل تخصیص به هر فرد حقیقی در هر قالبی اعم از شبانه روزی صرف، پیگیری درمان در منزل صرف و یا شبانه روزی و پیگیری درمان در منزل روی هم رفته و در مجموع ۱۰۰ نفر است. در هر دو صورت، مجوز تخصیص یارانه و یا میزان افزایش ظرفیت باید به تأیید دفتر امور مراکز توانبخشی مراقبتی برسد.

۲-۲: شرایط اختصاصی مسئول فنی

- داشتن مدرک تحصیلی در رشته های روانپزشکی ، پزشک عمومی ، دکترای روانشناسی بالینی ، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی ، کارشناس ارشد کاردرمانی با گرایش روانی ، کارشناس ارشد روان پرستاری .

تبصره ۱:

دارندگان مدرک تحصیلی رشته کارشناسی روانشناسی بالینی (با پنج سال سابقه کارمرتبط) و کارشناسی کاردرمانی (با پنج سال سابقه کارمرتبط) در صورت تایید معاونت توانبخشی استان می توانند به عنوان مسئول فنی معرفی شوند.

تبصره ۲:

مسئول فنی باید در مصاحبه تخصصی که توسط کمیته نظارت تخصصی استان برگزار می گردد حضور یافته و صلاحیت علمی، سوابق شغلی و علاقه مندی وی مورد تأیید این کمیته قرار گیرد.

تبصره ۳:

حضور پرستار به عنوان مسئول شیفت (دارای حداقل مدرک کارشناسی)، در خارج از ساعاتی اداری الزامی است.

تبصره ۴:

داشتن یکی از مدارک فوق برای مسئول فنی الزامی است و موسس موظف به معرفی مسئول فنی با شرایط فوق می باشد. در غیر این صورت هرگونه عواقب ناشی از عدم احراز شرایط برای مسئول فنی ، متوجه استان می باشد.

ماده ۳

شرایط اختصاصی پذیرش و ترخیص بیمار در مراکز شبانه روزی درمان و توانبخشی بیماران روانی
مزمّن

۳-۱: شرایط اختصاصی پذیرش بیمار در مراکز شبانه روزی درمان و توانبخشی بیماران روانی مزمّن

ضوابط پذیرش

- بیمار روانی باید فاقد تحریکات روانی و علائم حاد باشد.
- بیمارانی که بیماری عفونی مسری و جدی مانند (ایدز، هیپاتیت و سل و...) داشته باشند پس از کنترل علائم حاد و با رعایت اصول بهداشتی و طبق ضوابط موجود (از جمله ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) در اتاق های جداگانه اسکان داده می شوند و کلیه پرسنل مرکز موظفند آموزش های لازم را در این خصوص کسب کرده باشند. بدیهی است در صورت کنترل بیماری، ارتباط این بیماران با بیماران دیگر با رعایت اصول بهداشتی بلامانع می باشد.
- کلیه بیماران روانی معتاد، تنها بعد از سم زدایی در مراکز مذکور پذیرش خواهند شد.

- بیماران روانی عضوی تنها بعد از انجام درمان های لازم و در صورت فقدان علائم حاد جسمی و روانی در مراکز مذکور پذیرفته می شوند.
- حداقل سن جهت پذیرش ۱۶ سال می باشد.

تبصره:

بیماران سالمندی که بیماری آنان بعد از ۶۰ سالگی بروز کرده باشد و نیز سالمندانی که دچار معلولیت های جسمی باشند در این مراکز پذیرفته نخواهند شد.

- پذیرش بیماران صرفا از طریق کمیسیون استانی ساماندهی بیماران روانی (ودر تهران ۴ کمیسیون شهرستان) صورت خواهد گرفت.
- تعیین طول زمان استفاده از خدمات با هماهنگی بیمار، بستگان وی و مسئولین مرکز و تشخیص کمیسیون ساماندهی بیماران روانی خواهد بود. لازم به ذکر است که برگه تأیید کمیسیون ساماندهی بیماران روانی مزن استان (فرم شماره ۵ پیوست دستورالعمل) که به تأیید روان پزشک معتمد بهزیستی رسیده باشد، شرط لازم جهت تشکیل پرونده و پذیرش در مرکز می باشد.
- پذیرش بیماران روانی مزن مرد در مرکز ویژه مردان و بیماران روانی مزن زن در مرکز ویژه زنان انجام می شود.

تبصره:

در صورتی که مرکز دارای دو بخش با فضای کافی و کاملاً مجزا و بدون هیچ ارتباطی با یکدیگر باشد پذیرش بیماران روانی مزن مرد در یک بخش و بیماران روانی مزن زن در یک بخش دیگر با رعایت کلیه ضوابط امکان پذیر است، مشروط بر آن که مطابق تبصره ۲ بند ۱ ماده ۲ ظرفیت مجوز صادره هر دو بخش در مجموع برای موسسین حقیقی بیش از ۱۰۰ نفر نباشد.

مراحل پذیرش

۱. اخذ تأییدیه و نظریه کمیسیون ساماندهی بیماران روانی مزن استان (فرم شماره ۵ پیوست دستورالعمل)
۲. تکمیل شناسنامه جامع بیماران روانی مزن توسط مددکار ستاد پذیرش استان (فرم شماره ۹ پیوست دستورالعمل)
۳. تکمیل فرم شرح حال بیمار توسط روانشناس ستاد پذیرش (فرم شماره ۱۰ پیوست دستورالعمل)
۴. داشتن نتیجه آزمایشات کامل طبق موارد مندرج در بخش عمومی دستورالعمل
۵. اخذ رضایت نامه از خود بیمار یا قیم یا ولی قانونی وی در موقع پذیرش (فرم شماره ۶ پیوست دستورالعمل)

تبصره ۱:

در صورتی که بیمار بنا به تشخیص کمیسیون ساماندهی و یا دادگاه صالحه مجبور محسوب نگردد اخذ رضایت نامه از خود بیمار و در صورت مجبور بودن به تشخیص کمیسیون ساماندهی و یا دادگاه صالحه، از

قیم یا ولی قانونی وی ضروری است .

تبصره ۲:

از زمان پذیرش بیمار در مراکز ، وظیفه ارائه خدمات مراقبتی ، توانبخشی و درمانی بر عهده مرکز مربوطه ، بر اساس دستورالعمل ها ، ضوابط و استانداردهای سازمان بهزیستی کشور و دفتر امور مراکز توانبخشی و مراقبتی خواهد بود .

نحوه ومدارک لازم جهت تشکیل پرونده بیمار در مراکز درمان و توانبخشی بیماران روانی مزمن :

۱. برگ خلاصه پرونده بستری در بیمارستان روانپزشکی (در صورت فقدان سوابق بستری تأییدیه کمیسیون بیمارستان روانپزشکی مبنی بر ابتلا به اختلال روانی) .

۲. دو قطعه عکس بیمار

۳. فتوکپی صفحه اول و دوم شناسنامه بیمار و کارت ملی کلیه اعضای خانوار (در صورتیکه بیمار سرپرست خانوار باشد)

۴. فرمهای تکمیل شده شماره ۵ ، ۶ ، ۹ ، ۱۰ ، ۱۱ پیوست دستورالعمل

۵. گزارش مددکاری از وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانوار

۶. قیم نامه یا گواهی بی سرپرستی از سوی مراجع قضائی برای بیماران مجهول الهویه یا بی سرپرست
تبصره :

اطلاعات موجود در پرونده بیماران باید بصورت محرمانه نگهداری گردد.

۲-۳: نگهداری موقت

این فعالیت باهدف حمایت از خانواده ها و ایجاد فرصتی برای تجدید قوا و روحیه ایشان برای مراقبت از بیمار با ایجاد بخش نگهداری موقت در مراکز شبانه روزی متقاضی اجرا می شود.

۱. برنامه نگهداری موقت توسط مراکز شبانه روزی غیردولتی متقاضی ارائه این فعالیت وتایید سازمان بهزیستی استان و قید دارای بخش نگهداری موقت در پروانه فعالیت مرکز ارائه می شود.

۲. معرفی بیماران به بخش نگهداری موقت با هماهنگی بهزیستی استان انجام می شود.

۳. نحوه پذیرش مطابق با شرایط اختصاصی پذیرش بیمار در مراکز شبانه روزی درمان و توانبخشی بیماران روانی مزمن (بند ۱-۳ ماده ۳) می باشد.

۴. سقف مدت نگهداری موقت بیمار در مرکز حداکثر ۲ ماه در سال است.

۵. مرکز مکلف است علاوه بر مدارک لازم جهت پذیرش بیمار در مراکز درمان و توانبخشی بیماران روانی مزمن از ولی یا قیم قانونی بیمار تعهد محضری نسبت به ترخیص در زمان مقرر به نحو مقتضی اخذ نماید.

۶. بدیهی است کلیه خدمات آموزشی ، توانبخشی ، مراقبتی و درمانی ارائه شده در مرکز شامل حال این بیماران

نیز می شود.

۷. شهریه بیماران مربوط به این فعالیت مطابق تعرفه اعلام و ابلاغ شده از سوی معاونت توانبخشی سازمان بهزیستی کشور است. این بخش شامل یارانه نمی شود.

۸. مراکز موظفند گزارش پذیرش و ترخیص بخش نگهداری موقت خود را به بهزیستی استان ارائه نمایند.

۳-۳: شرایط اختصاصی ترخیص بیماران روانی مزمن بیمار در مراکز شبانه روزی توانبخشی و درمانی بیماران روانی مزمن

شرایط ترخیص

۱. در بدو امر، ترخیص از مراکز توانبخشی و درمانی، به تشخیص تیم توانبخشی مرکز به سرپرستی و تأیید مسئول فنی خواهد بود.

۲. ترخیص هر یک از بیماران از مراکز توانبخشی و درمانی با رعایت ضوابط، باید با هماهنگی کمیسیون استانی ساماندهی بیماران روانی مزمن صورت پذیرد.

تبصره:

مرکز می تواند در شرایط اورژانس که بیمار دارای علائم حاد بیماری روان باشد نسبت به ترخیص موقت به مدت حداکثر یک هفته تا اخذ تأیید کمیسیون استانی به منظور ترخیص دائم اقدام نماید. بدیهی است ترخیص دائم صرفاً منوط به تأیید کمیسیون ساماندهی استان است.

۳. بدیهی است در صورت رضایت خانواده و بیمار برای ترخیص و عدم تمایل به ادامه فرایند توانبخشی با اطلاع کمیسیون ساماندهی و تکمیل فرم شماره ۷ ترخیص امکان پذیر است.

۴. دارا بودن شرایط ذیل:

- فقدان علائم بالینی به تشخیص و تأیید تیم درمان و روانپزشک به گونه ای که نگهداری بیمار را در خانواده با مشکل مواجه نسازد و یا مخاطرات اجتماعی را ایجاد ننماید.
- رسیدن به سطحی از توانمندی جهت زندگی در سطح خانواده و اجتماع
- فراهم نمودن بستر مناسب در خانواده از طریق ارتباط فعال و موثر آنان برای بازگشت و تداوم حضور بیمار در خانواده
- فراهم بودن شرایط تداوم پیگیری درمان و توانبخشی در منزل

۵. حداکثر زمان حضور بیمار در مرکز ۶ ماه و در صورت اعلام مرکز در خصوص لزوم اقامت بیمار بیش از مدت زمان ۶ ماه در مرکز لازم است مراتب با ذکر مستندات به کمیسیون استانی ساماندهی درمان و توانبخشی بیماران روانی مزمن ارائه، در صورت تأیید کمیسیون مذکور، مدت اقامت تا ۲ ماه قابل تمدید خواهد بود.

تبصره ۱:

رعایت این بند برای کلیه مراکز الزامی و امتیاز بالایی در ارزشیابی مرکز و امور تشویقی دارد و عدم اجرای

آن منجر به خروج بیماران قابل ترخیص از پوشش یارانه خواهد شد.

تبصره ۲:

بیماران مجهول الهویه و یا بی سرپرست تا زمان شناسایی سرپرست و فراهم شدن امکان ترخیص به خانواده و یا اشکال دیگر خدمات (خانه های نیمه راهی و...) در مرکز اقامت خواهند داشت.

تبصره ۳:

کلیه مراکز موضوع این دستورالعمل، مکلف به پذیرش بیماران و مددجویان ارجاعی طبق ضوابط و در حد ظرفیت اعلام شده (جزء در موارد فوریت‌ها) هستند.

تبصره ۴:

ده درصد ظرفیت اسمی مرکز به پذیرش بیماران روانی مجهول الهویه، بی سرپرست، بدسرپرست و بی بضاعت تحت پوشش سازمان اختصاص داده شده است. بدیهی است که سهم مشارکت خانواده در محاسبه شهریه این افراد حذف شده و مرکز برای تامین هزینه های این افراد یارانه دریافت می دارد.

کمک هزینه نگهداری بیماران روانی مزمن ترخیصی از مراکز:

با توجه به اینکه در ارائه خدمات به بیماران روانی مزمن لازم است سطح بندی ارائه خدمات شامل مراقبت از بیمار روانی در منزل به عنوان اولویت اول و معرفی بیمار به تیم های پیگیری درمان و توانبخشی در منزل و مراکز روزانه توانبخشی به ترتیب اولویت‌های بعدی و معرفی بیمار به مراکز شبانه روزی توانبخشی و درمان بیماران روانی مزمن به عنوان آخرین اولویت رعایت شود لذا باید ترتیبی اتخاذ نمود که این توالی و سطح بندی همواره مد نظر بوده و برای تمامی بیماران اعمال گردد. به این منظور و با رعایت شرایط ذیل کمک هزینه ترخیص از مرکز بیماران روانی مزمن تا سقف مقرر در مصوبات و آیین نامه های مربوطه قابل پرداخت به بیمار است:

- دارا بودن شرایط عمومی مندرج در دستورالعمل جامع حمایت های مالی سازمان بهزیستی کشور
- بررسی دقیق واحد مددکاری بهزیستی شهرستان مبنی بر نیاز بیمار به دریافت کمک هزینه نگهداری بیماران روانی مزمن ترخیصی از مراکز در منزل

ماده ۴

خدمات آموزشی، توانبخشی، مراقبتی و درمانی

۱. مراقبتهای پزشکی، پرستاری و بهداشتی شامل ویزیت بیماران، کنترل و ارزیابی سلامت بیماران و حفظ و ارتقاء آن، پیگیری امور درمان، تعیین خط مشی درمانی، دارودرمانی و نظارت بر اجرای درمان های پزشکی، کنترل عوارض دارویی و ثبت سیر پیشرفت درمان بیمار، دستور انجام آزمایشات و سایر امور پاراکلینیکی در صورت نیاز

۲. ارائه خدمات کاردرمانی و بازتوانی روانی مورد نیاز بیماران تا دستیابی مجدد به مهارت ها و کسب استقلال

فردی

۳. روانشناسی و بررسی مشکلات روحی روانی بیمار و خانواده و حمایت لازم روانی و اجتماعی بیماران
۴. آموزش ، مشاوره و مددکاری فردی ، خانوادگی و گروهی
۵. آموزش مهارت های زندگی و ارتباط با دیگران ، توانایی برقراری ارتباط مؤثر و کنترل رفتار، توانایی تصمیم گیری
۶. توانبخشی حرفه ای متناسب با توانایی های بیماران نظیر آموزش رایانه، فعالیتهای هنری و ...
۷. تربیت بدنی (ورزشهای فردی و گروهی)
۸. ایجاد بستر مناسب برای حضور بیماران روانی در جامعه

ماده ۵

نیروی انسانی

۱-۵: نیروی انسانی تخصصی مرکز شبانه روزی با ظرفیت ۵۰ نفر

الف) روانپزشک: یک نفر (حداقل یک بار در ماه)

ب) پزشک عمومی : یک نفر (به صورت تمام وقت در ساعات اداری و در ساعات غیر اداری بصورت آنکال)

ج) کاردرمانگر: یک نفر (حداقل ۳ روز در هفته در ساعات اداری)

د) کارشناس روانشناسی بالینی: یک نفر (حداقل ۳ روز در هفته در ساعات اداری)

ه) مددکار اجتماعی: یک نفر (حداقل ۲ روز در هفته در ساعات اداری)

و) کارشناس پرستاری: در هر شیفت یک پرستار (به صورت تمام وقت)

ز) بهیار: در هر شیفت یک بهیار (به صورت تمام وقت)

تبصره :

در صورت عدم امکان جذب نیروی بهیار ،مراقب دیپلم می تواند با شرط گذراندن دوره های مقدماتی و پیشرفته کمک های اولیه هلال احمر و اخذ مدرک مربوطه در مواقع ضروری جایگزین گردد.

ز) مراقب (با شرایط مندرج در تبصره فوق): در هر شیفت ۲ نفر (به صورت تمام وقت)

ح) مربی حرفه آموزی : حداقل ۱ نفر مربی حرفه آموزی (۶ روز در هفته در ساعات اداری)

۲-۵: نیروی انسانی عمومی مرکز

الف) خدمه : در هر شیفت ۱ نفر

ب) آشپز و کمک آشپز : هر کدام یک نفر در مجموع ۲ نفر

ج) نگهبان : در هر شیفت ۱ نفر

د) متصدی امور دفتری : ۱ نفر

ماده ۶

شرح وظایف نیروی انسانی تخصصی

۶-۱: روانپزشک

- مسئولیت تیم درمان
- ویزیت بیماران
- حل مشکلات روانپزشکی بیماران
- ثبت سیر پیشرفت درمان
- حفظ و ارتقاء سلامت بیماران
- سایر وظایف روانپزشک مطابق با دستور العملهای نظام پزشکی

تبصره:

هر یک از مراکز درمان و توانبخشی شبانه روزی بیماران روانی مضمن موظفند طی عقد قرارداد با روان پزشک به گونه‌ای عمل نمایند که هر کدام از بیماران حداقل یک بار در ماه توسط روانپزشک ، معاینه و تحت درمان قرار گیرند. در صورت نیاز دفعات ویزیت افزایش می یابد.

۶-۲: پزشک عمومی

- کنترل و ارزیابی وضعیت سلامت بیماران
- پیگیری و نظارت بر حسن اجرای دستورات دارویی و برنامه درمانی روانپزشک
- درخواست اقدامات پاراکلینیک برای بیماران و بررسی نتایج آن
- نظارت بر نحوه مصرف صحیح داروها به ویژه کنترل عوارض دارویی
- ویزیت بیماران
- ثبت سیر پیشرفت درمان

۶-۳: کار درمانگر

- ارزیابی و برنامه ریزی نوتوانی و باز توانی روانی متناسب با هر بیمار به همراه سایر اعضای تیم درمان
- انتخاب فعالیت متناسب با وضعیت بیمار

- انتخاب مربیان و فعالیت های توانبخشی
- ارزیابی مربیان و نظارت بر کارمربیان
- تهیه گزارش پیشرفت توانبخشی بیماران در حیطه مربوطه و ارائه آن به تیم درمان

۴-۶: کارشناس روانشناسی بالینی

- ارزیابی اولیه بیمار به همراه سایر پرسنل تخصصی مرکز
- ارزیابی روان شناختی
- انجام درمان های روان شناختی برای خانواده و بیمار
- آموزش مهارت های روانی اجتماعی به خانواده و بیمار
- تهیه طرح های مداخله ای رفتاری شناختی و اجرای آنها و ارزیابی نحوه پیشرفت درمان ها
- بررسی چگونگی پیشرفت درمان و توانبخشی بیمار پس از شروع درمان و توانبخشی در مرکز
- اطلاع رسانی و هدایت خانواده بیمار در جهت رسیدن به اهداف توانبخشی و درمانی
- مصاحبه با خانواده ، مداخله در بحران ، مشاوره گروهی
- کمک به تشخیص و استفاده از آزمون ها و ارائه مشاوره در موارد لزوم

۵-۶: مددکار اجتماعی

- کشف منابع موجود در جامعه و سوق دادن بیمار و خانواده به منظور استفاده از این منابع
- ارائه خدمات مشاوره ای به خانواده بیمار
- مهیا نمودن خانواده با هدف ترخیص و پذیرش بیمار در خانواده
- پیگیری امور اشتغال و کار یا بیتا حد امکان
- رسیدگی به امور خانواده بیماران
- برقراری ارتباط میان مرکز و خانواده
- پیگیری مشکلات و مسائل حقوقی بیمار و خانواده

۶-۶: کارشناس پرستاری

- کمک به حفظ سلامت جسمانی از طریق کنترل علائم حیاتی
- نظارت بر نحوه مصرف داروها
- نظارت بر رعایت بهداشت
- گزارش هرگونه تغییر در سطح سلامت بیمار
- پیگیری امور پاراکلینیکی در صورت نیاز
- رسیدگی به بیماران
- سایروظایف کارشناس پرستاری مطابق با دستورالعملهای نظام پرستاری

۶-۷: بهیاری یا مراقب دیپلم با شرایط مندرج در ماده ۴

- کمک به پرستار در پیگیری و اجرای دستورات درمانی
- مراقبت از سلامتی بیماران
- کمک به بیماران در رعایت بهداشت فردی
- کمک به رعایت بهداشت محیط و ساختمان

۶-۸: مربی حرفه آموزی

- آموزش حرفه به بیماران
- تبصره:

مربیان حرفه آموزی و حرفه های مناسب به پیشنهاد کاردرمانگر و روانشناس و با تصویب تیم درمان انتخاب می شوند.

ماده ۷

مشخصات ساختمان مراکز توانبخشی و درمانی شبانه روزی بیماران روانی مزمن

۷-۱: مشخصات فیزیکی ساختمان مراکز درمان و توانبخشی شبانه روزی با ظرفیت ۵۰ نفر

- اتاق معاینه روانپزشک ، پزشک و مسئول فنی (بطور مشترک): حداقل ۱۲ مترمربع
- اتاق مددکار و روانشناس بالینی و گروه درمانی (بطور مشترک) : حداقل ۱۸ متر مربع
- اتاق کاردرمانی و حرفه آموزی: حداقل ۲۰متر مربع برای کاردرمانی و حداقل ۲۰ متر مربع برای حرفه آموزیدر مجموع ۴۰مترمربع
- ایستگاه پرستاری: حداقل ۶مترمربع
- بخش های اقامتی بیماران: حداقل برای هر فرد ۴مترمربع
- اتاق اوقات فراغت بیماران:حداقل ۲۰ متر مربع
- آشپزخانه:حداقل ۲۰مترمربع
- سالن غذاخوری:حداقل ۵۰ مترمربع
- رختشویخانه: حداقل ۱۲ مترمربع
- کتابخانه و نمازخانه:حداقل ۹ متر مربع
- اتاق امن (ایزوله): حداقل ۶ متر مربع
- اتاق استراحت کارکنان: حداقل ۱۲ مترمربع
- انبار مواد مصرفی: حداقل ۱۲ مترمربع

- حیاط مشجر: حداقل ۱۵۰متر مربع
- سرویس بهداشتی (به ازای هر ۱۰ نفر یک دستشویی و ۱۵ نفر یک حمام)
تبصره ۱:

منظور از اتاق ایمن، اتاقی است که برای بیماران بسیار تحریک پذیر و فقط برای موارد خاص ساخته می شود. دیوارهایی پوشیده از اسفنج ضخیم دارد و تمام محوطه، در و دیوار، وسایل روشنایی، تخت و سایر وسایل به گونه ای طراحی شده اند که در بدترین شرایط هم کمترین خطری متوجه بیمار نمی شود.

۲-۷: شرایط اختصاصی ساختمان:

۱. چارچوب پنجره ها آهنی باشد و داخل آن شبکه های هندسی به ابعاد ۱۵ تا ۲۰ سانتی متر داشته باشد تا ضمن پرهیز از نصب حفاظ آهنی، «زندان» نیز تداعی نشود.
۲. پنجره اتاقها قابل گشودن باشد.
۳. مراکز به طور دلخواه می توانند از هوا ساز استفاده نمایند.
۴. برای پنجره ها، از شیشه نشکن یا طلق استفاده شود.
۵. سیستم برق رسانی به صورت مرکزی و قابل کنترل از ایستگاه پرستاری در نظر گرفته شود.
۶. چراغ اتاق ها، از نوع فلور سنت باشد و به صورت توکار در سقف نصب شود.
۷. آئینه سرویس ها و اتاق ها روی دیوار و حداقل حدود ۳ سانتی متر داخل تراز سطح کلی دیوار، با گچ کاری نصب و با بست فلزی از اطراف محکم شود.
۸. قفل در سرویس های بهداشتی و حمام ها از نوعی باشد که در صورت قفل شدن به سهولت و با استفاده از سکه یا پیچ گوهی بتوان قفل را باز کرد.
۹. تا حد امکان در تمام مراکز باید از لوله کشی روکار و نصب هر نوع قلاب یا آویز در سقف و دیوار احتراز شود.
۱۰. ایستگاه پرستاری اشراف کامل به اتاقهای خواب داشته باشد و در صورتی که این امر مقدور نباشد لازم است کلیه اتاق ها توسط دوربین های مداربسته تحت کنترل باشند.

ماده ۸

تجهیزات تخصصی

۸-۱: وسایل سالن کاردرمانی

- میز کارگاهی ۱ عدد
- میز شش نفره ۱ عدد

- سندلی ۱۲ عدد
- قفسه وسایل و کتاب اعدد
- فایل اعدد
- رادیو وضبط اعدد
- تلویزیون و ویدئو ادستگاه از هر کدام
- وسایل مصرفی بر حسب نیاز به مقدار لازم

وسایل کاردرمانی

ردیف	فعالیت	لوازم مورد نیاز
۱	فعالیت های روزمره زندگی	وسایل آشپزی ، اتو کشی ، نظافت ، شستشوی لباس ، شستشوی ظروف و...
۲	فعالیت های هنری و اوقات فراغت	ادوات موسیقی ، وسایل نقاشی ، خطاطی ، شمع سازی ، گل سازی ، گلدوزی ، عروسک سازی ، تئاتر و...
۳	فعالیت های ورزشی	فوتبال ، والیبال ، بدمینتون ، تنیس روی میز ، شطرنج ، ایروبیک و...
۴	فعالیت های حرفه ای	رایانه ، نجاری ، معرق ، باغبانی ، خیاطی ، حصیر بافی ، قالی بافی و...
۵	بازی ها	منچ ، لگو ، پازل ، دو مینو و...

تبصره:

تهیه حداقل ۲ وسیله برای هر فعالیت شرط لازم برای تأسیس مرکز می باشد.

۸-۲: وسایل پزشکی و پرستاری :

۱. گوشی پزشکی
۲. فشار سنج
۳. چکش رفلکس
۴. تخت معاینه و پاروان
۵. چراغ قوه
۶. ترازو
۷. کپسول اکسیژن
۸. ترالی اورژانس

۹. ست احیاء
۱۰. ست پانسمان استریل
۱۱. ست مهار فیزیکی
۱۲. داروهای اصلی مصرفی با تاریخ مصرف مجاز
۱۳. وسایل تزریقات
۱۴. ساکشن
۱۵. اتوکلاو
۱۶. قفسه نگهداری مناسب دارو

تبصره:

منظور از ست مهار فیزیکی باندهایی شبیه به ماسک جراحان است که مستطیل میانی و بندهای آن طویلتر بوده از جنس پارچه های غیر قابل کشسان مانند برزنت تهیه گردد. در موقع استفاده مچ دست یا پای بیمار با پوشش نرم پنبه پوشیده شده و پوشش مهار روی مچ را می پوشاند و بندها به تخت بسته می شود به گونه ای که عضو دچار آسیب نشود و احتمال پیچ خوردگی نیز وجود نداشته باشد انجام آن بصورت بستن سه عضو بوده و عضو چهارم که معمولاً دست بیمار است کم تحرک شده و کمی آزادتر بسته می شود. در تمام مدت یکی از پرسنل تخصصی باید در کنار بیمار حضور داشته و حداکثر زمان معمول برای این کار ۱ ساعت می باشد. بدیهی است فیکس کردن نباید به منزله تنبیه بیمار به کار برده شود هدف از این روش جلوگیری از آسیب زدن بیمار به خود و دیگران می باشد. استفاده از این روش تنها با اجازه کمیسیونی متشکل از روانپزشک، مسؤل فنی، پزشک و روانشناس مرکز مجاز می باشد. (ضروری است صورتجلسه مربوط در پرونده بیمار ثبت گردد).

۳-۸: وسایل روانشناسی و مددکاری

۱. فایل و پرونده
۲. انواع آزمون های روان سنجی مرتبط
۳. تعدادی صندلی راحت برای تشکیل کلاس ها و جلسات گروه درمانی و خانواده درمانی

ضوابط اخلاقی:

- ۱- حفظ کرامت انسانی بیماران و خانواده آنان در تمام مراحل ضروری است.
- ۲- حفظ اسرار بیماران با نهایت دقت بایستی صورت پذیرد.
- ۳- اطلاعات مربوط به بیماران بایستی محرمانه تلقی شود و غیر از افراد واجد شرایط لازم (به حکم شغل و یا وظیفه اشخاص دیگر به اطلاعات دسترسی نداشته باشد).
- ۴- اعلام نام و مشخصات و آدرس بیماران جز به سازمان بهزیستی استان و به دفتر امور مراکز توانبخشی مراقبتی و مراجع قضائی (در صورتی که خواهان آن باشند) ممنوع است و پیگرد قانونی در پی خواهد داشت.

۵- در مسائل تحقیقاتی، فقط کد یا شناسه بیمار و مشخصات دموگرافیک بیمار و تشخیص بیماری با هماهنگی قبلی با سازمان بهزیستی استان مربوطه می تواند مورد استفاده قرار گیرد.

ماده ۹

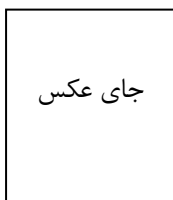
این دستورالعمل در ماده ۹ و ۲۴ تبصره توسط حوزه معاونت امور توانبخشی، دفتر امور مراکز مراقبتی توانبخشی بازنگری و در سال ۱۳۹۱ در شورای مدیران حوزه معاونت امور توانبخشی کشور به تصویب رسید و هرگونه تغییر در آن مستلزم تائید مجدد شورای مذکور می باشد.

فرم های پیوست:

فرم هایی که نیاز است برای بیماران به شرح دستورالعمل تکمیل گردند به پیوست می باشند و علیرغم حذف برخی فرم ها در دستورالعمل جدید جهت تسهیل در کار، شماره فرم ها مطابق قبل بوده، در آن تغییری داده نشده است.

(فرم شماره ۵)

نظریه کمیسیون استانی ساماندهی بیماران روانی مزمن



استان شهرستان

تاریخ: نام استان نام شهرستان

کد ملی کد ساماندهی

از بیمار: خانم آقا بامشخصات: معین مجهول الهویه زیر:

نام نام خانوادگی نام پدر شماره شناسنامه	
صادر از محل تولد تاریخ تولد روز ماه سال صاحب عکس فوق	
در تاریخ روز ماه سال در کمیسیون پزشکی معاینه و مصاحبه به عمل آمد که نتیجه آن به شرح زیر اعلام میشود:	
بیمار دچار اختلال روانی نوع با کد تشخیص	
بیماری همراه <input type="checkbox"/> جسمی <input type="checkbox"/> عفونی <input type="checkbox"/> روانی و نوع بیماری می باشد	
سیر بیماری <input type="checkbox"/> مزمن <input type="checkbox"/>	بیمار ناتوانی <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
بیمار معلولیت <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>	بیمار از کار افتاده <input type="checkbox"/> هست <input type="checkbox"/> نیست <input type="checkbox"/>
درمان و توانبخشی مورد نیاز: <input type="checkbox"/> طبی <input type="checkbox"/> روانی <input type="checkbox"/> اجتماعی <input type="checkbox"/> شغلی <input type="checkbox"/> آموزشی	
نیاز به سایر انواع درمان و توانبخشی:	
بر اساس رای این کمیسیون نیاز به انجام اقدامات زیر وجود دارد:	
۱- مراقبت و درمان و توانبخشی در خانواده ۲- ارجاع به مراکز درمانی و توانبخشی روزانه ۳- بستری در بخش حاد (بیمارستانهای دانشگاهها ۴- ارجاع به مراکز توانبخشی و درمانی شبانه روزی ۵- ارجاع به تیم پیگیری درمان و توانبخشی در منزل ۹- ارجاع به مراکز توانبخشی و درمانی بیماران مبتلا به اختلالات نافذ رشد ۱۰- ارجاع به خانه های گروهی تذکر: در صورت ارجاع به مراکز، طول مدت نهایی اقامت (حداکثر ۶ ماه) قید گردد.	
نام و نام خانوادگی، تخصص اعضای شرکت کننده در کمیسیون (با قید شماره نظام پزشکی برای پزشکان):	
نام	نام خانوادگی
تاریخ	شماره نظام پزشکی
.....	تخصص
.....	امضاء

.....

رئیس کمیسیون ساماندهی بیماران روانی مزمّن نام و نام خانوادگی

شماره نظام پزشکی امضاء..... تاریخ.....

(فرم شماره ۶)
تعهدنامه محضری
درخواست پذیرش در مرکز
(رضایت نامه)

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه متولد صادره از ساکن کدپستی ده رقمی تلفن ثابت و همراه شخصاً و متضامناً با خانم / آقای فرزند به شماره شناسنامه صادره از ساکن به عنوان قیم / ولی قانونی بیمار، فوق با آگاهی کامل از شرایط بستری و اقدامات درمانی و توانبخشی که در آن مرکز جهت درمان و توانبخشی به عمل خواهد آمد، رضایت خود را اعلام و اضافه می‌نمایم که در قبال خطرات احتمالی ناشی از درمان دارویی و امور توانبخشی را که قبلاً توسط مسئولان مرکز شرح داده شده است حق هر گونه شکایت یا طرح دعوی در مراجع قضائی، علیه پزشک معالج یا مرکز درمان توانبخشی را از خود سلب نموده، موارد زیر را تعهد می‌نمایم

- ۱- اعلام بلافاصله هرگونه تغییر در آدرس محل سکونت بیمار یا ضامن یا ولی و قیم قانونی او به مرکز
- ۲- اعلام هر گونه تغییر در وضعیت قیمومت یا سرپرستی بیمار از لحاظ قانونی
- ۳- همکاری و انتقال بیمار به سایر مراکز درمانی در صورت لزوم و همراهی یکی از اعضاء خانواده یا بستگان تاپایان دوره بستری خارج از مرکز
- ۴- همکاری در پیگیری و ادامه درمان و توانبخشی
- ۵- پرداخت هزینه های درمان و توانبخشی طبق مقررات
- ۶- پرداخت هزینه خسارت های وارده به دارائی های مرکز
- ۷- رعایت مقررات مرکز

مشخصات بیمار	مشخصات ولی / قیم بیمار
نام	نام
نام خانوادگی	نام خانوادگی
امضاء - اثر انگشت	امضاء - اثر انگشت
تاریخ	تاریخ

(فرم شماره ۷)

فرم ترخیص با میل شخصی

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه با پرونده پزشکی شماره با میل شخصی و متضامناً با اصرار و خواسته □ ولی □ / قیم قانونی خود به نام و نام خانوادگی فرزند شماره شناسنامه ساکن کدپستی تلفن از مرکز مرخص شده و اعلام می دارم که آن مرکز در قبال حوادث ناشی از این تصمیم و مخاطراتی که ممکن است متوجه اینجانب و یا اشخاص حقیقی یا حقوقی دیگر گردد مسئولیتی به عهده ندارد .

نام و نام خانوادگی مسئول ترخیص	نام و نام خانوادگی ضامن / قیم	نام و نام خانوادگی بیمار
امضاء	امضاء	امضاء
تاریخ	اثر انگشت	اثر انگشت
		تاریخ

نام و نام خانوادگی کارشناس مسئول استان:

امضا:

تاریخ:

(فرم شماره ۸)

فرم ارجاع

از مرکز..... به مرکز.....

با تقدیم احترام بدین وسیله

□ خانم / □ آقای نام نام خانوادگی فرزند شماره شناسنامه

.....

تاریخ تولد صادره از کد ملی کد ساماندهی

ساکن کد پستی تلفن

که از تاریخ تا تاریخ تحت توانبخشی و مراقبت با روش های

□ دارویی □ غیر دارویی قرار گرفته است .

در حال حاضر با توجه به علائم و ارزیابیهای انجام شده جهت اقدامات لازم به:

۱- مراکز توانبخشی و درمانی شبانه روزی

۵- ارجاع به خانه های نیمه راهی

۲- ارجاع به مراکز توانبخشی و درمان روزانه

۶- ارجاع به کارگاه های حمایت شده

۳- بستری در بخش حاد (بیمارستانهای دانشگاهها)

تولیدی

۷- ارجاع به تیم پیگیری درمان و

۴- ارجاع به خانه های گروهی

توانبخشی در منزل

۸- ارجاع به مراکز توانبخشی و درمانی بیماران مبتلا به اختلالات نافذ رشد

۹- سایر.....

معرفی می گردد .

نام و نام خانوادگی کارشناسان ارجاع دهنده :

مــدداکار

پرســتار

روانشناس

کاردرمان

پزشک

نام و نام خانوادگی مسئول فنی

امضاء

تاریخ

آدرس مرکز معرفی کننده کدپستی تلفن / دورنگار

(فرم شماره ۹)
شناسنامه جامع بیماران روانی مزمن

آیا بیمار مجهول الهویه است : <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		مشخصات فردی
شماره شناسنامه :	نام خانوادگی :	نام :
کدملی :	محل صدور :	نام پدر :
شماره سریال شناسنامه :	محل تولد :	تاریخ تولد / / :
وضعیت فرد در خانوار : <input type="checkbox"/> سرپرست <input type="checkbox"/> عضو	بعد خانوار :	جنسیت : <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
فرزند <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد تعداد :	<input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> نامزد <input type="checkbox"/> عقد دائم <input type="checkbox"/> عقد موقت <input type="checkbox"/> متارکه <input type="checkbox"/> طلاق گرفته <input type="checkbox"/> بیوه	وضعیت تاهل
<input type="checkbox"/> مشمول <input type="checkbox"/> انجام داده <input type="checkbox"/> انجام نداده <input type="checkbox"/> معاف پزشکی <input type="checkbox"/> معاف کفالت <input type="checkbox"/> خرید خدمت <input type="checkbox"/> علت معافیت پزشکی		وضعیت نظام وظیفه
<input type="checkbox"/> بیسواد <input type="checkbox"/> خواندن نوشتن <input type="checkbox"/> ابتدایی <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> متوسطه <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> فوق لیسانس <input type="checkbox"/> دکترا و بالاتر		تحصیلات
استان شهرستان بخش روستا خیابان کوچه پلاک کدپستی تلفن کد شهرستان		آدرس محل سکونت بیمار
استان شهرستان بخش روستا خیابان کوچه پلاک کدپستی تلفن کد شهرستان		آدرس محل سکونت خانواده
وضعیت شغلی اقتصادی اجتماعی فرد		
شرح شغل :	نوع شغل : <input type="checkbox"/> دولتی (کارمند) <input type="checkbox"/> آزاد	شغل <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
تحت پوشش سازمانهای حمایتی است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر نام سازمان حمایتی :	بیمه تکمیلی : <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	بیمه: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد نوع بیمه

سابقه خانوادگی بیماری روانی <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد		
اعتیاد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد		
مشکلات جسمی روانی بیمار		
تشخیص روانپزشکی بیمار:		مبتلا به سایر معلولیت ها: <input type="checkbox"/> می باشد <input type="checkbox"/> نمی باشد
نوع معلولیت همراه غیر از اختلال روانی: <input type="checkbox"/> جسمی <input type="checkbox"/> حرکتی <input type="checkbox"/> ذهنی <input type="checkbox"/> بینایی <input type="checkbox"/> شنوایی <input type="checkbox"/> گفتاری		
مددکار مربوطه	کارشناس توانبخشی شهرستان	رئیس اداره بهزیستی شهرستان
نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی
امضاء	امضاء	امضاء

فرم شماره ۱۰

فرم شرح حال بیماران روانی مزمن

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار: نام پدر: شماره شناسنامه: محل صدور:

کد ملی: تاریخ تولد: / محل تولد: شماره سریال شناسنامه:

وضعیت روانی (mental status examination)

۱- شکل ظاهری (General Appearance):

مرتب نامرتب موارد غیرطبیعی توضیح دهید

.....

.....

۲- خلق و عاطفه (Mood & Affect):

طبیعی افسرده خوشحال مضطرب بی ثبات
متهاجم نامتناسب بی تفاوت سایر موارد نام برید.

.....

.....

۳- تکلم (Speech):

طبیعی تند کند تکرار کلمات واژه سازی
پرحرفی قطع کامل تکلم سایر موارد (نام ببرید)

.....

.....

۴- ادراک (Perception) توهم:

دارد ندارد نوع توهم:.....
خطای ادراکی (ایلوژیون): دارد ندارد

۵- وضعیت روانی حرکتی (psychomotor):

طبیعی زیاد (هیپراکتیو) کاتاتونی انعطاف مومی
تقلید حرکت رفتار کلیشه‌ای منفی کاری تیک
وسواس عملی سایر موارد

۶- تفکر (Thought):

۱-۶- فرم فکر: انتزاعی عینی سایر موارد (نام ببرید)

.....

۲-۶- جریان فکر: طبیعی تند کند پرش افکار

حاشیه پردازی تکرار بی ربطی انسداد واژه‌سازی

۳-۶- محتوی فکر: هذیان: دارد ندارد نوع هذیان:

۴-۶- مالکیت فکر: طبیعی خارج کردن افکار وارد کردن افکار پرش افکار

۷- وضعیت هوش (Intellect Situation):

هوش بالا هوش طبیعی عقب ماندگی ذهنی

۸- هوشیاری (Consciousness):

طبیعی غیر طبیعی خواب آلود نیمه اغما اغما

سایر موارد (نام ببرید)

.....

۹- جهت یابی (orientation):

زمان مکان شخص

۱۰- حافظه (Memory):

فوری نزدیک دور

۱۱- تمرکز حواس (Concentration):

دارد ندارد

۱۲- اطلاعات عمومی:

۱۳- قضاوت (Judgment)

۱-۱۳- شخصی: طبیعی مختل

۲-۱۳- اجتماعی: طبیعی مختل

۱۴- بصیرت (Insight):

دارد ندارد

۱۵- قابلیت اطمینان (Reliability):

دارد ندارد

۱۶- سوء مصرف مواد و دارو:

دارد ندارد نوع مواد مصرفی: میزان مصرف:

۱۷- تشخیص روانپزشکی بیمار:

.....

۱۸- فعالیتهای روان شناسی

برای بیمار و خانواده:

خانواده درمانی آموزش مهارت‌ها مشاوره و روان درمانی سایر موارد

نام و نام خانوادگی روانشناس:

امضاء:

تاریخ:

فرم شماره ۱۱
فرم آزمایشات و پاراکلینیک

نام بیمار : نام خانوادگی بیمار:

آزمایشات مورد نیاز جهت پذیرش بیمار در مراکز توانبخشی و درمانی بیماران روانی مزمن

آزمایشات تشخیصی :

□ هیپاتیت (C و B) □ ایدز

□ سفلیس □ سل

آزمایشات روتین :

□ قند خون ناشتا (FBS) □ اوره

□ کراتین □ اسید اوریک

□ تری گلسیرید □ کلسترول

□ آلبومین سرم □ آزمایش کامل ادرار

برای سالمندان واجد شرایط ECG و عکس سینه

(فرم شماره ۱۲)
ارزیابی روان پزشکی

شماره پرونده:

۱- نام و نام خانوادگی بیمار: سن تحصیلات

.....
.....

۲- شرح حال مختصر بیمار:

.....
.....

۳- سوابق درمانی و بستری در گذشته:

.....
.....
.....

۴- یافته ها و اقدامات پاراکلینیکی:

.....
.....

۵- درمان های دارویی:

.....
.....

۶- طرح درمان:

.....
.....

۷- تشخیص افتراقی نهایی:

نام و نام خانوادگی روانپزشک تیم:

امضاء:

تاریخ:

ارزیابی کلی پزشکی

(فرم شماره ۱۳)

شماره پرونده:

سن:

۱- نام و نام خانوادگی بیمار:

.....

۲- نوع بیماری بر اساس تشخیص روان‌پزشک:

.....

.....

۳) تاریخچه پزشکی مختصر

.....

.....

۴- داروهای مصرفی در حال حاضر و طریقه مصرف بر اساس تجویز روان‌پزشک:

.....

.....

۵ عوارض جانبی پیش آمده برای بیمار و هماهنگی انجام شده با روان‌پزشک برای درمان عوارض شایع با ذکر

تاریخ و ساعت دقیق در صورت امکان:

.....

۶- درخواست اقدامات پاراکلینیک هفتگی و ماهانه بر اساس نوع داروهای مصرفی و هماهنگی با روان‌پزشک

بیمار:

.....

۷- ثبت اقدامات انجام شده توسط سایر اعضای تیم بطور خلاصه (در یک خط) در جلسات هماهنگ‌سازی:

.....

۸- طرح (PLAN) درمانی در نظر گرفته شده برای این بیمار:

.....

نام و نام خانوادگی پزشک تیم:

امضاء:

تاریخ:

ارزیابی کلی مددکاری
(فرم شماره ۱۴)

شماره پرونده:

مشخصات بیمار: سن :

نام نام خانوادگی

اخذ شرح حال از خانواده در رابطه با بیمار :

.....
.....

وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیمار

.....
.....

وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانواده

.....
.....

تاریخچه شغلی:

.....

یافته‌ها و نکات مهم:

.....
.....

راهکارهای مددکاری:

.....
.....

نام و نام خانوادگی مددکار:

امضاء مددکار:

تاریخ:

ارزیابی کاردرمانی (فرم شماره ۱۵)

شماره پرونده:

۱- خصوصیات و ویژگی‌های فردی بیمار

خوب (۳)	تا حدودی (۲)	کم (۱)	اصلاً (۰)	وضعیت ظاهر و آراستگی بیمار
				الف) پرداختن به خود
				ب) رعایت اصول بهداشت فردی
				ج) متعارف و همگون بودن
				وضعیت تکلم بیمار
				قابل فهم بودن تکلم
				وضعیت حرکات جسمانی بیمار
				تناسب حرکات جسمانی بیمار
				وضعیت

				حافظه بیمار
				الف) حافظه دور
				ب) مصمم بودن (مردد نبودن)
				ج) استقلال فردی
				قدرت تصمیم گیری بیمار
				الف) انعطاف پذیری
				ب) حافظه نزدیک (اخیر)
				ج) حافظه فوری
				توجه بیمار
				الف) توانایی جمع کردن حواس
				وضعیت خواب بیمار
				الف) خواب پیوسته در بیمار خواب منقله ندارد

				ب) خواب مناسب
--	--	--	--	------------------

۲- مهارت‌های اجتماعی و شغلی بیمار

وضعیت اجتماعی	اصلاً (۰)	کم (۱)	تاحدودی (۲)	خوب (۳)
- رعایت آداب معاشرت و موازین اخلاقی				
- رعایت مقررات جمعی				
- مسئولیت پذیری				
- همکاری در کارها و امور مربوطه				
- کردارهای اجتماعی طبیعی و رفتارهای اخلاقی				
- علاقه مندی به انجام فعالیت های آزاد و اوقات فراغت				
- رعایت آداب غذا خوردن و آشامیدن				
برخورد با اعضا خانواده				
الف) سازگاری نسبت به اعضای خانواده				
ب) رفتار مسالمت آمیز و صلح جویانه با دیگران				
ج) حفظ و نگهداری				

				وسایل شخصی و اسباب منزل
				مسائل مربوط به شغل
				الف) رضایت شغلی
				ب) حضور به موقع و مستمر در محل کار
				ج) میزان سطح کار کرد و فعالیت
				د) ثبات شغلی
				ه) رضایت سرپرست در محل کار

امتیازات مهارت‌های اجتماعی و شغلی بیمار:

نظریه کار درمانگر:

نام و نام خانوادگی کاردرمانگر:

امضاء: تاریخ:

(فرم شماره ۱۶)

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار:

گزارش ویزیت دوره ای روان پزشک

نام و امضاء ومهر روان پزشک	تاریخ ویزیت بعدي	اقدامات لازم و پیگیری	اقدامات انجام شده	نتیجه ویزیت	تاریخ ویزیت

(فرم شماره ۱۷)

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار:

گزارش ویزیت دوره‌ای پزشک

نام و امضای پزشک	تاریخ ویزیت بعدی	اقدامات لازم و پیگیری	اقدامات انجام شده	نتیجه ویزیت	تاریخ ویزیت

(فرم شماره ۱۸)

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار:

گزارش ویزیت دوره‌ای کار درمانگر

نام وامضای کار درمانگر	تاریخ ویزیت بعدی	اقدامات لازم و پیگیری	اقدامات انجام شده	نتیجه ویزیت	تاریخ ویزیت

(فرم شماره ۱۹)

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار:

گزارش ویزیت دوره‌ای منزل مددکار یا پرستار

نام وامضای مددکار یا پرستار	تاریخ ویزیت بعدی	اقدامات لازم و پیگیری	اقدامات انجام شده	نتیجه ویزیت	تاریخ ویزیت

(فرم شماره ۲۱)

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار:

گزارش ویزیت دوره‌ای منزل روان‌شناس

نام وامضای روان شناس	تاریخ ویزیت بعدی	اقدامات لازم و پیگیری	اقدامات انجام شده	نتیجه ویزیت	تاریخ ویزیت

**جمع بندی اطلاعات و گزارش ماهیانه
(فرم شماره ۲۲)**

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار:

برنامه برای پیگیری بعدي	نتیجه اقدامات	اقدامات انجام یافته	اعضای تیم
			ارزیابی روان پزشک
			ارزیابی پزشک عمومی
			ارزیابی روان شناس
			ارزیابی کاردرمانگر
			ارزیابی مددکار اجتماعی یا پرستار
			موارد ارجاع داده شده
			جمع بندی نهایی توسط مسئول تیم

نام و نام خانوادگی معاون توانبخشی یا نماینده ایشان (کارشناس بیماران روانی مزمن استان)

امضاء

نام و نام خانوادگی مسئول تیم درمان

امضاء

(فرم شماره ۲۳)

فرم رضایت نامه ولی/قیم

اینجانبولی/قیم، آقا/ خانم.....که مبتلا به بیماری روانی مزمن می باشد، رضایت خود را جهت حضور تیم درمان و توانبخشی بیماران روانی مزمن متشکل از آقای /خانم.....، سمت.....و آقای/خانم.....، سمت.....
آقای/خانم.....، سمت.....در محل سکونت(منزل) خود اعلام می دارم و متعهد می شوم با اعضای تیم در خصوص برنامه های درمانی همکاری نمایم.

نام و نام خانوادگی:

محل امضا: