…..... …....
pieczątka poradni data

Zaświadczenie lekarza psychiatry lub lekarza neurologa
o występujących zaburzeniach psychicznych dla osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy

TYP A – dla osób przewlekle chorych psychicznie
TYP C – dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej są zaliczane do zaburzeń psychicznych, z wyłączeniem osób czynnie uzależnionych od środków psychoaktywnych

1. Dane osobowe osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy.

Imię i nazwisko: …..... PESEL:.....

Adres: …....

2. Diagnoza psychiatryczna (zgodnie z ICD-10, ICD-11)

…....

.....

KOD CHOROBY ICD-10, ICD 11:……

3. Przebieg leczenia:

a.) data pierwszej hospitalizacji …....., ostatniej …....

b.) liczba hospitalizacji …....., łączny czas hospitalizacji …....

c.) główne powody hospitalizacji …....

…....

4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego i rokowania.

- Świadomość, orientacja, kontakt werbalny, funkcjonowanie poznawcze (w przypadku otępienia jego głębokość) itp.

…....

.....

.....

- zaburzenia zachowania

…....

- zaburzenia nastroju

…....

- objawy psychotyczne

…....

.....

- objawy neurologiczne

…....

.....

- funkcjonowanie społeczne, aktywność

…....

.....

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania, uwagi uzupełniające i zalecenia terapeutyczne.

….....

.....

.....

6. Lekarz prowadzący (imię, nazwisko, adres, numer telefonu)

….....

7. Zalecone leki i ich dawkowanie

….....

.....

.....

…..... ….....

(miejscowość i data) (podpis i pieczątka lekarza)