

## فرم معرفی نامه کودکان اختلال طیف اتیسم به مراکز توانبخشی

مرکز توانبخشی .....

سرکار خانم / جناب آقای .....

با سلام و احترام

کودک با مشخصات ذیل جهت دریافت خدمات توانبخشی - آموزشی معرفی می گردد :

نام و نام خانوادگی : ..... جنس :  پسر  دختر تاریخ تولد: ..... / ..... / .....

کد ICF : ..... تشخیص نهایی: .....

سطح اختلال اتیسم :  سطح ۱  سطح ۲  سطح ۳

اختلال همراه :  ندارد  دارد ( ذکر اختلال همراه: .....

توضیحات: .....

نوع و تعداد جلسات درمانی مجاز براساس جدول ذیل می باشد :

سطح اختلال	اختلال اتیسم سطح ۱	اختلال اتیسم سطح ۲	اختلال اتیسم سطح ۳
<b>خدمات توانبخشی مورد نیاز</b>	<input type="checkbox"/> کاردرمانی: ۵ جلسه در ماه	<input type="checkbox"/> کاردرمانی: ۸ جلسه در ماه	<input type="checkbox"/> کاردرمانی: ۴ جلسه در ماه
	<input type="checkbox"/> گفتاردرمانی: ۴ جلسه در ماه	<input type="checkbox"/> گفتاردرمانی: ۸ جلسه در ماه	<input type="checkbox"/> گفتاردرمانی: ۳ جلسه در ماه
	<input type="checkbox"/> رفتاری- آموزشی: ۴ جلسه در ماه	<input type="checkbox"/> رفتاری- آموزشی: ۸ جلسه در ماه	<input type="checkbox"/> رفتاری- آموزشی: ۴ جلسه در ماه
	<input type="checkbox"/> مشاوره‌ای- حمایتی: ۱ جلسه در ماه	<input type="checkbox"/> مشاوره‌ای- حمایتی: ۱ جلسه در ماه	<input type="checkbox"/> مشاوره‌ای- حمایتی: ۴ جلسه در ماه
	<input type="checkbox"/> شنوایی شناسی: سالانه ۲ ویزیت	<input type="checkbox"/> شنوایی شناسی: سالانه ۲ ویزیت	<input type="checkbox"/> شنوایی شناسی: سالانه ۱ ویزیت
	<input type="checkbox"/> بینایی سنجی: سالانه ۱ ویزیت	<input type="checkbox"/> بینایی سنجی: سالانه ۱ ویزیت	<input type="checkbox"/> بینایی سنجی: سالانه ۱ ویزیت

مهر و امضاء پزشک

تاریخ