

# وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

فرم ارزیابی تخصصی مددکاری اجتماعی

## SOCIAL WORK ASSESSMENT SHEET

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
		Bed:	تخت:				

مهر و امضا مددکار اجتماعی Social Workers' signature and stamp	تعیین اولویت Prioritization		حضور همراه موثر Effective participant	پوشش بیمه ای Insurance coverage	شدت بیماری بر اساس ESI Illness severity based on ESI	گروه های پرخطر High risk group	شاخص Index
	اولویت	مجموع امتیاز					تاریخ و زمان (date & time)
							.....

مهر و امضا مددکار اجتماعی Social Workers' signature and stamp	مسائل قانونی Legal issues			گروه های پرخطر High risk group			اختلال در عملکرد اجتماعی به علت بیماری و بستری Social dysfunction due to illness and hospitalization			وضعیت مالی/ بیمه Financial / insurance			شرایط روانی Psychological conditions			شبکه حمایتی Social Support			شاخص Index
	۳	۲	۱	۳	۲	۱	۳	۲	۱	۳	۲	۱	۳	۲	۱	۳	۲	۱	نوبت ویزیت (date & time)
																			نوبت اول First Visit .....
																			نوبت دوم Second Visit .....
																			نوبت سوم Third Visit .....
																			نوبت چهارم Fourth Visit .....
																			نوبت پنجم Fifth Visit .....

Final Assessment Summary: شرح نهایی ارزیابی:

Physician s' Name/signature/stamp: مهر و امضاء پزشک معالج، مهر و نام خانوادگی، مهر و نام خانوادگی، مهر و امضاء مددکار اجتماعی:	Social Workers' Name /Signature/Stamp: نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مددکار اجتماعی:
Date of Form Approving: تاریخ رویت برگ تکمیل شده:	Date of Form Filling: تاریخ ثبت شرح نهایی ارزیابی:

## راهنمای تکمیل فرم "ارزیابی تخصصی مددکاری اجتماعی"

جهت تکمیل این برگ از دستورالعمل زیر استفاده کنید:

**سربرگ):** توسط اولین مستند ساز پرونده (مددکار) تکمیل می گردد.

**بخش ارزیابی تریاژ اورژانس):** این قسمت در ساعت حضور مددکار در اورژانس تکمیل می گردد. با استفاده از اصول مصاحبه و مشاهده در مددکاری اجتماعی و بر اساس پروتکل تریاژ بیمار را ارزیابی کنید. در ستون اول تاریخ و ساعتی که تریاژ را انجام داده اید به دقت ثبت نمایید. در ستون دوم بیمار را از نظر احتمال قرار گرفتن در یکی از گروه های پرخطر دهگانه به شرح ذیل ارزیابی کنید. چنانچه شواهد و مستندات وجود دارد که احتمال می دهید بیمار در یکی از گروه های ذکر شده قرار بگیرد، امتیاز ۱۵ را به او بدهید. در ستون سوم، بیمار را از نظر شدت بیماری/ آسیب، در ستون چهارم از نظر پوشش بیمه ای و در ستون پنجم از نظر حضور همراه موثر بر اساس آنچه در جدول ذیل آمده است نمره دهی نمایید.

ب.ب.ب	گروه های پر خطر (تشخیص احتمالی)	ب.ب.ب	شدت بیماری/ آسیب بر اساس سیستم ESI	ب.ب.ب	پوشش بیمه ای	ب.ب.ب	حضور همراه موثر		
۱۵	کودک آزاری	۱۵	اختلال سایکوتیک و سوء مصرف مواد	۵	فاقد پاسخ دهی (سطح یک)	۵	بیمار تبعه غیر ایرانی و فاقد بیمه است.	۵	فاقد همراه موثر است
۱۵	خشونت علیه زنان	۱۵	بی خانمانی و مجهول الهویه	۴	وضعیت پرخطر (سطح دو)	۴	بیمار فرد ایرانی و فاقد مدارک هویتی است.	۴	اطلاعات دارد، می تواند رضایت قانونی بدهد اما مشارکت خوبی ندارد
۱۵	خشونت علیه سالمندان	۱۵	بیماری خاص و صعب العلاج	۳	تعداد تسهیلات مورد نیاز: دو یا بیشتر (سطح سه)	۳	بیمار تبعه غیر ایرانی و دارای بیمه است	۳	اطلاعات کافی دارد، مشارکت دارد اما مجاز به ارائه رضایت قانونی نیست.
۱۵	خشونت علیه معلولین	۱۵	مادران باردار پرخطر	۲	تعداد تسهیلات مورد نیاز: یک (سطح چهار)	۲	بیمار فرد ایرانی و دارای مدارک هویتی بدون بیمه است	۲	اطلاعات ندارد، مشارکت می کند و می تواند رضایت قانونی بدهد
۱۵	اقدام به خودکشی	۱۵	نزاع و درگیری (ضرب و جرح)	۱	عدم نیاز به تسهیلات (سطح پنج)	۱	بیمار فرد ایرانی دارای بیمه است.	۱	همراه موثر حضور دارد

در ستون ششم امتیازات داده شده در قسمت ارزیابی را جمع کرده و مجموع را در زیرستون جمع امتیاز درج کنید. بر اساس مجموع امتیازات بیمار را در یکی از اولویت های ذیل دسته بندی کرده و در زیرستون اولویت قید نموده و اقدام لازم برای اولویت ذکر شده طبق پروتکل ابلاغی شماره ۴۰۹/۱۴۹۰۰ مورخ ۹۶/۶/۸ صورت پذیرد.

۱۵ و بالاتر: اولویت اول	۱۰ تا ۱۴: اولویت دوم	۷ تا ۹: اولویت سوم	۳ تا ۶: اولویت چهارم
-------------------------	----------------------	--------------------	----------------------

**بخش ارزیابی راند):** در ستون اول تاریخ و ساعتی که راند را انجام داده اید به دقت ثبت نمایید. در راند اول حداکثر ده دقیقه زمان دارید تا ستون های ششگانه ارزیابی را تکمیل کنید.

- در ستون دوم بیمار را از نظر شبکه حمایتی رسمی (عضویت در سازمان های حمایتی نظیر سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام، خیریه ها و انجمن های غیر دولتی) و غیر رسمی (مشارکت خانواده در امر درمان، وجود شبکه حمایتی خویشاوندی و یا همسایگی) بررسی کنید.
  - در ستون سوم شرایط روانی بیمار و همراه را از نظر استرس، اضطراب، اختلالات سایکوتیک، رفتارهای تهاجمی، عدم مشارکت در مصاحبه و ... بررسی کنید.
  - در ستون چهارم تحت پوشش بیمه بودن بیمار را چک کنید. وضعیت اقتصادی بیمار را به طور مختصر ارزیابی کنید.
  - در ستون پنجم بیمار را از نظر مشکلاتی که به دلیل بستری شدن برای وی ممکن است اتفاق بیفتد ارزیابی کنید. مثلا مشکلاتی که باعث شود شغل بیمار یا سایر نقش های اجتماعی وی دچار اختلال شود.
  - در ستون ششم بیمار را از نظر احتمال بودن در یکی از گروه های پر خطر طبق جدول فوق الذکر ارزیابی کنید.
  - در ستون هفتم بیمار را از نظر مشکلات قضایی و یا حقوقی که در فرایند درمان وی دخیل است بررسی نمایید. مثلا بیمار از ارگان قضایی (دادسرا، کلانتری، زندان و ...) جهت درمان و ارزیابی جسمی ارجاع داده شده باشد و یا کیس گروه پرخطر بوده و نیاز به مداخله قضایی دارد.
- بر اساس ارزیابی خود به ترتیب زیر یکی از ستون نمرات ۱، ۲ و ۳ را علامت بزنید:

۱: نیاز به مداخله	۲: عدم نیاز به مداخله	۳: عدم ارزیابی
-------------------	-----------------------	----------------

مددکار اجتماعی موظف است در هر بار نوبت راند مهر و امضای خود را در ستون هشتم درج نماید.

پس از نمره دهی در هر نوبت راند شرح مختصر ارزیابی راند خود را در سطر شرح ثبت کنید. این شرح حداقل باید شامل کلیدواژه های شاخص هایی باشد که نیاز به مداخله دارد.

در راندهای بعدی تغییرات بیمار در هر یک از ستون ها را پایش و ارزیابی خود را ثبت کنید.

**شرح نهایی ارزیابی):** چنانچه بر اساس ارزیابی راند تشخیص دادید بیمار نیازمند دریافت مداخلات مددکاری اجتماعی می باشد، ابتدا بیمار را مورد ارزیابی روانی-اجتماعی (PSA) قرار دهید و سپس در این قسمت شرح ارزیابی خود را با رعایت اصول رازداری حرفه ای درج نمایید. در صورتی که بر اساس ارزیابی های اولیه بدین نتیجه رسیدید که بیمار نیاز به مداخلات مددکار اجتماعی ندارد در این قسمت، "عدم نیاز به مداخله مددکار اجتماعی" را درج نمایید.

پس از ثبت ارزیابی نهایی، مهر و امضای خود را در ذیل برگه با ذکر تاریخ درج نمایید. لازم است پزشک معالج از فرایند ارزیابی شما مطلع بوده و این برگه به رویت وی رسیده باشد.

# وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

فرم مدیریت مورد مددکاری اجتماعی

## SOCIAL WORK CASE MANAGEMENT SHEET

شماره پرونده: Unit No :

Attending physician پزشک معالج:	Ward : Room : Bed:	بخش: اتاق: تخت:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of admission: تاریخ پذیرش:	Sex: Female <input type="checkbox"/> زن: Male <input type="checkbox"/> مرد:	جنس:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:

Primary Assessment نتیجه ارزیابی:

Re-Assessment نتیجه ارزیابی مجدد:

Purpose of Intervention اهداف مداخله:

مهر و امضا مددکار اجتماعی Social Workers' signature and stamp	نتیجه مداخله Intervention Result	شرح مداخله Description of the intervention	عنوان مداخله Title of Intervention	تاریخ مداخله Date of Intervention

Final Result of Intervention نتیجه نهایی مداخله:

Recommendation on Discharge توصیه های پس از ترخیص:

Aftercare Follow-up برنامه پیگیری:

Social Workers' Name /Signature/Stamp نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مددکار اجتماعی:

Date of Form Filling تاریخ ثبت نتیجه نهایی، برنامه پیگیری و توصیه های پس از ترخیص:

## راهنمای تکمیل برگ "مدیریت مورد مددکاری اجتماعی"

جهت تکمیل این برگ از دستورالعمل زیر استفاده کنید:

**سربرگ):** اطلاعات این قسمت توسط اولین مستند ساز برگ (مددکار) تکمیل گردد.

**نتیجه ارزیابی اولیه):** در این قسمت ارزیابی اولیه خود را که در راند اول بدست آورده اید وارد کنید.

**نتیجه ارزیابی مجدد):** اگر در راند های بعدی یا در PSA تغییراتی در وضعیت بیمار حادث شد در قسمت ارزیابی مجدد وارد کنید.

**هدف یا اهداف مداخله):** لازم است مددکار اجتماعی قبل از شروع مداخلات خود هدف مداخله ای را مشخص کند و در قسمت اهداف مداخله ذکر کند. دقت کنید که اهداف مطابق پروتکل نوشته شده و حتما SMART باشد.

### برنامه مداخله):

در ستون اول تاریخی که فعالیت مداخله ای خود را برای بیمار انجام داده اید ذکر کنید.

در ستون دوم عنوان فعالیت خود را بنویسید. این عنوان می تواند یکی از موارد ذیل باشد:

- ارزیابی روانی اجتماعی
- مشاوره اولیه
- مشاوره تکمیلی
- آموزش (فردی، گروهی)
- حمایت یابی درون سازمانی یا برون سازمانی
- ارجاع درون سازمانی یا برون سازمانی
- مداخله در بحران
- پیگیری پس از ترخیص

در ستون سوم و در مقابل عنوان فعالیتی که ذکر کرده اید شرح مختصری از فعالیت های خود را ثبت کنید.

در ستون چهارم نتیجه ای که فعالیت شما داشته است را شرح دهید.

در ستون پنجم مهر و امضا خود را ثبت کنید.

**نتیجه نهایی مداخله):** در این قسمت نتیجه نهایی که از مداخلات خود داشته اید و دلیل اختتام فعالیت خود را بیان کنید. مثلا ترخیص بیمار، دستیابی به هدف ذکر شده، امتناع بیمار از دریافت خدمات مددکاری اجتماعی و ....

**توصیه های پس از ترخیص):** در این قسمت با توجه به پروتکل مدیریت مورد، برنامه خود جهت انجام حداقل پیگیری پس از ترخیص را ذکر کنید.

**برنامه پیگیری)** برنامه پیگیری گزارش وضعیت بیمار پس از ترخیص است در صورت عدم ترک بیمارستان که اقدامات انجام شده برای بیمار بر اساس پروتکل خدمات پایه مددکاری . اعلام میگردد.

در انتهای برگ نیز مهر و امضای مددکار اجتماعی، تاریخ ثبت نتیجه نهایی و برنامه پیگیری و توصیه های پس از ترخیص قید گردد.