

CASE MANAGEMENT SHEET & SOCIAL WORK ASSESSMENT

Date of Admission: تاریخ مراجعه:	Sex: جنس:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Time of Admission: ساعت مراجعه:	ADM Code: کد پذیرش:	Address: آدرس:	
Mother's Name & Family name: نام و نام خانوادگی مادر:	Father's Name & Family name: نام و نام خانوادگی پدر:	Date of Birth: تاریخ تولد:	National/Segment code: کد ملی / کد آمایش:
Patient Companion Name & Family Name: نام و نام خانوادگی همراه بیمار:	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> Yes No Patient Companion	Nationality: ملیت:	Marital Status: وضعیت تاهل:
Relative: نسبت با بیمار:	Tel: تلفن همراه بیمار:	No Of Children: تعداد فرزندان:	Education Level: سطح تحصیلات:
Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش	Job: شغل:	
Basic Insurance: بیمه پایه: <input type="checkbox"/> فاقد بیمه <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> سلامت ایرانیان <input type="checkbox"/> خدمات درمانی <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> بیمه تکمیلی:			
Complementary Insurance: بیمه تکمیلی:			
Arrival/Referral Type: نحوه ورود/ارجاع به واحد مددکاری اجتماعی: <input type="checkbox"/> خود ارجاع <input type="checkbox"/> راند <input type="checkbox"/> تریاژ <input type="checkbox"/> ارجاع از کادر درمان <input type="checkbox"/> ارجاع از سازمان های دولتی <input type="checkbox"/> ارجاع از سازمان های غیر دولتی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> Other			
Target Group: گروه هدف:			

تریاز

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	ساعت و تاریخ & date) (time)
اولویت	مجموع امتیاز				

Brief Description :

شرح مختصر :

راند

شرح مختصر Brief Description	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 اقتصادی Financial / insurance	شرایط روانی Psychological conditions	شبکه حمایتی Social Support	ساعت و تاریخ & date) (time)

شرح نهایی ارزیابی: Final Assessment Summary:				
اهداف مداخله: Purpose of Intervention:				
تاریخ مداخله	عنوان مداخله	Title of Intervention	شرح مداخله	Description of the intervention
آیا بیمار حمایت اقتصادی نیاز دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر				
درصد / مبلغ اولیه حمایت اقتصادی بر اساس گروه های هدف:				
اعمال نظر مددکار اجتماعی (±/۳۰)				
شرح:				
درصد نهایی حمایت اقتصادی:				
منبع تامین حمایت اقتصادی:				
1- 9 آورده وزارت بهداشت (ردیف نیازمندان): درصد / مبلغ				
2- 9 آورده نهادهای حمایتی دولتی: درصد / مبلغ				
3- 9 آورده نهادهای حمایتی غیردولتی: درصد / مبلغ				
4- 9 آورده موسسه خیریه بیمارستانی: درصد / مبلغ				
5- 9 آورده خیرین: درصد / مبلغ				
نتیجه نهایی مداخله: Final Result of Intervention:				
توصیه های پس از ترخیص:				
Recommendation on Discharge:				
نیاز به پیگیری پس از ترخیص دارد؟				
<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد				
برنامه پیگیری:				
Aftercare Follow-up:				
نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مددکار اجتماعی:				
Social Workers' Name /Signature/Stamp :				