





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی  
دانشکده پزشکی

گزارش فعالیت‌های علمی-بالیستی

در دوره دستپاری

**Log Book**

رشته روانپزشکی

## بسمه تعالی

یکی از دغدغه های بشر در هزاره سوم، دغدغه مدیریت بر خویشتن است. ما باید بیاموزیم که ابتدا اعمال خویش را ارزیابی و سپس به پایش اعمال دیگران پردازیم. این مهم از آموزه های دین ما می باشد، همچنان که حضرت علی علیه السلام فرموده اند «حاسبوا انکم قبل ان تحاسبوا» (به حساب خود برسید قبل از آن که به حسابتان برسند)

در فعالیت های تحصیلی نیز که بی شک از مهمترین مراحل زندگی هر فرد محسوب میشود، ما باید بتوانیم خود را ارزیابی کنیم و این امر بدون ثبت دقیق فعالیت ها به انجام نخواهد رسید. همانگونه که گفته می شود: کم رنگترین نوشته ها از قوی ترین حافظه ها بهتر است.

امیدوارم دستیاران عزیز همچنان که با نگارش فعالیت های آموزشی در این دفتر به ارزیابی عملکرد تحصیلی خود می پردازند. در ثبت و ضبط سجایای اخلاقی، رفتار و گفتار پسندیده، و اعمال مرضی پروردگار در نامه اعمال خود نیز موفق بوده و همیشه مورد عنایت صاحب عصر و زمان عجل اله تعالی الشریف قرار بگیرند.

موفق باشید و سربلند

دکتر علی مرعشی

رئیس دانشکده پزشکی

## به نام خداوند جان و خرد، کزین برتر اندیشه بر نگذرد

دستیاران گرامی، ضمن عرض خیر مقدم و گرامی داشت حضور مجدد شما در صحنه دانشگاه و دانش اندوزی و با آرزوی موفقیت جهت شما عزیزان در طی دوره دستیاری، امید است که با اتکال به خداوند منان و استعانت از ذات احدیت و با تلاش و کوشش در جهت ارتقاء توانمندی های علمی و عملی خود به منظور حفظ سلامت بیماران و بهبود هرچه بیشتر خدمات ارائه شده به آنها کوشا باشید.

### قطره چو کشد حبس صدف در گردد

### از رنج کشیدن آدمی حر گردد

هر انسانی در پایان هر روز رفتار و تجربیات خود را بازبینی نموده و تلاش می نماید تا نتایج ناشی از آنها را در زندگی بکار گیرد. ثبت و جمع آوری این تجربیات به تدریج مجموعه ای ارزشمند را فراهم می آورد که می تواند زمینه ای مناسب برای تحقیقات بعدی نیز باشد. در اکثر دانشگاه های جهان، کارآموزان تجربیات و عملکردهای مهم خود را در مجموعه ای به ثبت می رسانند و این اساس ارزیابی عملکرد آنان است.

لوگ بوک در لغت به معنای دفتر ثبت رسمی کشتی یا هواپیما یا هر دفتری است که رویدادها به صورت منظم در آن ثبت می شوند. در دوران پیشرفت شگرف علمی بخصوص در زمینه علوم پزشکی، هر روز انبوهی به دانسته ها و اطلاعات موجود اضافه می شود و از آنجایی که فراگیران دانش پزشکی به خصوص در دوران دستیاری، دوره آموزشی خود را در بخش های متعددی می گذرانند و تجارب متفاوتی کسب می کنند، از آنها خواسته می شود که فعالیت های علمی و عملی خود را در قالب لوگ بوک ثبت کنند و بصورت مجموعه ای ارزشمند جمع آوری نمایند تا با مطالعه آن و مقایسه با اهداف آموزشی موجود در کوریکولوم دوره دستیاری، اساتید و مدیر گروه از دستیاری دستیاران به اهداف آموزشی اطمینان حاصل کنند و زمینه ای مناسب برای برنامه ریزی فعالیت های آتی فراهم نمایند.

لوگ بوک در برنامه آموزشی دوره دستیاری مزایای بسیاری دارد که از آنجمله می توان به موارد زیر اشاره نمود:

- ۱- با ثبت فعالیت های انجام شده، دستیاران متوجه نقایص، کمبودها و نقاط ضعف خود شده و جهت رفع آنها تلاش می کنند.
- ۲- با بررسی فعالیت های ثبت شده، اساتید و مدیر گروه می توانند روند آموزشی هر دستیار را ارزیابی کرده و به او بازخورد مناسبی را ارائه دهند.
- ۳- با بررسی فعالیت های ثبت شده، اساتید و مدیر گروه می توانند توانایی های بالقوه و بالفعل گروه و بخش های آموزشی را در کسب تجارب عملی دستیاران ارزیابی کرده و از نتایج حاصله در ارتقاء برنامه های آتی گروه استفاده کنند.

## قابل توجه دستیاران محترم

اگر بازخورد مناسبی از نحوه فعالیت آموزشی خود از طرف اساتید مربوطه نداشته باشید، نقایص کار و زمینه های پیشرفت شما آشکار نخواهد شد. هدف از تهیه این دفترچه، ثبت کلیه فعالیت های آموزشی شما طی دوره دستیاری می باشد که این امر به شناسایی نقاط ضعف و قوت آموزش کمک خواهد نمود و لذا اگر علاقمند به داشتن یک کارنامه مناسب از فعالیت های آموزشی و بالینی خود هستید، لطفا این دفترچه را دقیق و نقادانه و با توجه به نکات زیر تکمیل نمایید و همواره در حفظ آن کوشا باشید و آن را در تمام دوره با خود نگه دارید.

- دستیار باید بلافاصله پس از انجام فعالیت نسبت به ثبت و تأیید آن اقدام کند.
- دستیار باید طبق برنامه اعلام شده از طرف مدیر گروه یا مسئول برنامه دستیاری گروه، لوگ بوک را به دفتر آموزش گروه تحویل دهد.
- در مدتی که لوگ بوک جهت بررسی توسط گروه آموزشی در اختیار اعضای گروه است، دستیار باید لیست فعالیت های آموزشی و بالینی خود را در جای دیگری ثبت کرده و بلافاصله پس از دریافت مجدد لوگ بوک اطلاعات را در آن وارد کند.
- دستیار باید در زمان ارایه فیدبک توسط مدیر گروه یا مدیر برنامه دستیاری نقطه نظرات و راه حل های پیشنهادی خود را ارایه دهد.

## قابل توجه مدیر و اساتید گروه

- ۱- مدیر گروه یا مسئول برنامه دستیاری باید در ابتدای ورود دستیار، لوگ بوک را به او تحویل داده و در مورد نحوه و اهمیت تکمیل لوگ بوک توضیح کافی ارایه نماید.
- ۲- اساتید باید فعالیت آموزشی و بالینی دستیاران را بلافاصله پس از انجام تأیید کنند و از تأیید فعالیت هایی که مدت زیادی از انجام آنها گذشته یا خودشان آنها را مشاهده نکرده اند، جدا خودداری کنند.
- ۳- در غیاب اساتید، فعالیت انجام شده باید توسط بالاترین رده دستیاری که در هنگام انجام فعالیت تعیین شده و حضور داشته، تأیید شود.
- ۴- مدیر گروه به همراه اساتید گروه آموزشی باید لوگ بوک دستیاران را هرچند ماه یکبار (طبق برنامه تعیین شده) بررسی کرده و به آنها فیدبک مناسب فردی و در صورت لزوم جمعی بدهند و از نقطه نظرات آنها نیز آگاه شوند.
- ۵- مدیر گروه به همراه مسئول برنامه دستیاری و سایر اساتید گروه باید براساس نتایج حاصل از بررسی لوگ بوک ها و نظرات دستیاران، برنامه آموزشی دستیاران را ارتقاء دهند و دستیاران را نیز از تغییرات ایجاد شده آگاه سازند.

۶- در جدول مربوط به ثبت فعالیت های عملی دستیاران در قسمت مربوط به نقش دستیار، بهتر است از توضیحات زیر استفاده شود:

الف: مشاهده کردن                      ب: کمک کردن                      پ: انجام دادن زیر نظر استاد یا دستیار سال بالاتر

ت: انجام دادن به طور مستقل                      ث: آموزش به دستیار سال پایین تر و نظارت بر فعالیت او

و در همین جدول مربوط به ثبت فعالیت های عملی دستیاران و در قسمت مربوط به کیفیت فعالیت، از توضیحات زیر استفاده گردد:

الف: عالی                      ب: مناسب                      ج: ضعیف                      د: غیر قابل قبول

**در پناه خداوند موفق و موید باشید**

**دکتر شاهین شادنیا**

**معاون آموزش دستیاری و تحصیلات تکمیلی دانشکده پزشکی**

## مشخصات دستیار

نام و نام خانوادگی:

تاریخ تولد:

شماره نظام پزشکی:

سال فراغت از پزشکی عمومی:

تاریخ شروع دستیاری:

شماره تماس:

پست الکترونیکی:

دستیار محترم

کتابچه حاضر منعکس کننده مشروح فعالیت های آموزشی - بالینی و آموزش هایی می باشد که طی دوره دستگیری دریافت فرموده اید. این کتابچه علاوه بر آنکه فعالیت های شما را بطور کمی و تا حدودی کیفی منعکس می کند، یکی از منابع ارزیابی شما نیز می باشد. لذا خواهشمندیم در تکمیل دقیق آن حداکثر تلاش خود را بفرمایید.

مجموعه حاضر بر اساس کوریکولوم آموزش دستگیری روانپزشکی و با در نظر گرفتن امکانات و شرایط گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تدوین شده است.

با توجه به اینکه کلیه فعالیت های شما دستیار محترم تحت نظارت اساتید محترم گروه می باشد، خواهشمند است کلیه موارد را طبق مندرجات کتابچه حاضر به رویت و امضای استاد محترم مربوطه برسانید بدیهی است که بدون امضای اساتید، فعالیت مکتوب جزو سوابق کاری شما محسوب نخواهد شد.

چنانچه برای پر کردن صفحات ابهام دارید می توانید از مسئول آموزش دستیاران کمک بگیرید.

با آرزوی موفقیت برای شما

گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی



سال اول

ماه اول (...../...../.....)

دوره فشرده آشنایی با رشته روانپزشکی شامل نکات علمی مهم و پایه، امکانات آموزشی و درمانی، مقررات آموزشی و درمانی.

روز و ساعت	عنوان کلاس آموزشی	حضور در بخش/درمانگاه/اورژانس روانپزشکی	استاد/دستیار ناظر
جمع کل (ساعات تئوری و حضور بعنوان ناظر)	مجموع ساعات شرکت در کلاس های تئوری	مجموع ساعات حضور در بخش/درمانگاه و اورژانس بعنوان ناظر	تایید مسئول آموزش دستیاران

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیته/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....



سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

### موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....



سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتهی/موربیدیتهی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

نوبت مراجعه / بار اول / پیگیری	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه / بار اول / پیگیری	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیته/موربیدیته)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول: .....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	تشخیص	جنس	سن	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	تشخیص	جنس	سن	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....



سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیر بستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/ بستری)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/ بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....



سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیته/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

نوبت مراجعه / بار اول / پیگیری	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه / بار اول / پیگیری	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

نوبت مراجعه / (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیته/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

### موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیته/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....



سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیته/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی بزرگسال

نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

جمع بندی فعالیت ..... ماهه بخش روانپزشکی بزرگسال سال ۱

از ...../...../..... تا ...../...../.....

تشخیص نهایی (بیماران بستری)	تعداد	تشخیص نهایی (بیماران سرپایی)	تعداد	اساتید مدرس	معرفی بیماران در راند عمومی تاریخ- تشخیص

ارزیابی مسئول آموزش دستگیری از عملکرد دستیار:

(مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد) .....

تشویق (توسط استاد /رییس بخش محترم مربوطه قید شود):

تذکر (توسط استاد /رییس بخش محترم مربوطه قید شود):

نام و امضای مسئول آموزش دستگیری : .....

جمع بندی فعالیت ..... ماهه بخش روانپزشکی بزرگسال سال ۲

از ...../...../..... تا ...../...../.....

تشخیص نهایی (بیماران بستری)	تعداد	تشخیص نهایی (بیماران سرپایی)	تعداد	اساتید مدرس	معرفی بیماران در راند عمومی تاریخ- تشخیص

ارزیابی مسئول آموزش دستگیری از عملکرد دستیار:

(مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد) .....

تشویق (توسط استاد /رییس بخش محترم مربوطه قید شود):

تذکر (توسط استاد /رییس بخش محترم مربوطه قید شود):

نام و امضای مسئول آموزش دستگیری : .....

جمع بندی فعالیت ..... ماهه بخش روانپزشکی بزرگسال سال ۳

از ...../...../..... تا ...../...../.....

تشخیص نهایی (بیماران بستری)	تعداد	تشخیص نهایی (بیماران سرپایی)	تعداد	اساتید مدرس	معرفی بیماران در راند عمومی تاریخ- تشخیص

ارزیابی مسئول آموزش دستگیری از عملکرد دستیار:

(مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد) .....

تشویق (توسط استاد /رییس بخش محترم مربوطه قید شود):

تذکر (توسط استاد /رییس بخش محترم مربوطه قید شود):

نام و امضای مسئول آموزش دستگیری : .....

جمع بندی فعالیت ..... ماهه بخش روانپزشکی بزرگسال سال ۴

از ...../...../..... تا ...../...../.....

تشخیص نهایی (بیماران بستری)	تعداد	تشخیص نهایی (بیماران سرپایی)	تعداد	اساتید مدرس	معرفی بیماران در راند عمومی تاریخ- تشخیص

ارزیابی مسئول آموزش دستیاری از عملکرد دستیار:

(مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد) .....

تشویق (توسط استاد /رئیس بخش محترم مربوطه قید شود) :

تذکر (توسط استاد /رئیس بخش محترم مربوطه قید شود):

نام و امضای مسئول آموزش دستیاری : .....

سال ..... (...../...../.....)

دوره یکماهه اورژانس روانپزشکی

مراجعه به اورژانس (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی / بستری / ارجاع)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی / بستری)

ارزیابی استاد مسئول اورژانس روانپزشکی از عملکرد دستیار:

(مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....



سال ..... (...../...../.....)

دوره یکماهه اورژانس روانپزشکی

مراجعه به اورژانس (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/ بستری/ ارجاع)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/ بستری/ ارجاع)

ارزیابی استاد مسئول اورژانس روانپزشکی از عملکرد دستیار:  
(مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

دوره یکماهه اورژانس روانپزشکی

مراجعه به اورژانس (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری/ارجاع)	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری/ارجاع)

ارزیابی استاد مسئول اورژانس روانپزشکی از عملکرد دستیار:

(مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی اطفال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی اطفال

نوبت مراجعه (بار اول/پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول/پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی اطفال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتهی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی اطفال

نوبت مراجعه (بار اول/پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول /پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی اطفال

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی اطفال

نوبت مراجعه (بار اول/پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول/پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....



جمع بندی فعالیت 3 ماهه بخش روانپزشکی اطفال سال .....

از ...../...../..... تا ...../...../.....

تشخیص نهایی (بیماران بستری)	تعداد	تشخیص نهایی (بیماران سرپایی)	تعداد	اساتید مدرس	معرفی بیماران در راند عمومی تاریخ- تشخیص

ارزیابی مسئول آموزش دستیاری از عملکرد دستیار:

(مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد) .....

تشویق (توسط استاد /رییس بخش محترم مربوطه قید شود) :

تذکر (توسط استاد /رییس بخش محترم مربوطه قید شود):

نام و امضای مسئول آموزش دستیاری : .....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش سایکوسوماتیک

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش سایکوماتیک

نوبت مراجعه (بار اول/پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول/پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش سایکوسوماتیک

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش سایکوماتیک

نوبت مراجعه (بار اول/پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول/پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش سایکوسوماتیک

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش سایکوماتیک

اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	تشخیص	جنس	سن	نوبت مراجعه (بار اول/پیگیری)	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	تشخیص	جنس	سن	نوبت مراجعه (بار اول/پیگیری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

جمع بندی فعالیت ۳ ماهه بخش سایکوسوماتیک سال .....

از ...../...../..... تا ...../...../.....

تشخیص نهایی (بیماران بستری)	تعداد	تشخیص نهایی (بیماران سرپایی)	تعداد	اساتید مدرس	معرفی بیماران در راند عمومی تاریخ- تشخیص

ارزیابی مسئول آموزش دستیاری از عملکرد دستیار:

(مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد) .....

تشویق (توسط استاد /رییس بخش محترم مربوطه قید شود):

تذکر (توسط استاد /رییس بخش محترم مربوطه قید شود):

نام و امضای مسئول آموزش دستیاری : .....



سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی سالمندان

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتهی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی سالمندان

نوبت مراجعه (بار اول/پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول/پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال..... (...../...../.....)

موارد بستری طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی سالمندان

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	تاریخ بستری-تاریخ ترخیص (تعداد روزهای بستری)	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان-مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

سال ..... (...../...../.....)

موارد ویزیت غیربستری (درمانگاه) طی یک ماه دوره بخش روانپزشکی سالمندان

نوبت مراجعه (بار اول/پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)	نوبت مراجعه (بار اول /پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی (دارویی و یا غیر دارویی/بستری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

نام و امضای استاد مسئول:.....

جمع بندی فعالیت ۲ ماهه بخش روانپزشکی سالمندان سال .....

از ...../...../..... تا ...../...../.....

تشخیص نهایی (بیماران بستری)	تعداد	تشخیص نهایی (بیماران سرپایی)	تعداد	اساتید مدرس	معرفی بیماران در راند عمومی تاریخ- تشخیص

ارزیابی مسئول آموزش دستیاری از عملکرد دستیار:

(مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد) .....

تشویق (توسط استاد /رییس بخش محترم مربوطه قید شود):

تذکر (توسط استاد /رییس بخش محترم مربوطه قید شود):

نام و امضای مسئول آموزش دستیاری : .....

دوره نورولوژی (موارد بستری)

دستیار سال..... از تاریخ..... تا.....

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	اقدامات درمانی	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان- مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

تشویق/ تذکر:

نام و امضای استاد مسئول:.....

دوره نورولوژی (موارد بستری)

دستیار سال ..... از تاریخ ..... تا .....

شماره پرونده	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهایی	اقدامات درمانی	پاسخ به درمان (بهبود کامل/ بهبود نسبی/ مقاوم به درمان- مورتالیتی/موربیدیتی)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

تشویق/ تذکر:

نام و امضای استاد مسئول:.....

دوره نورولوژی (موارد سرپایی)

دستیار سال ..... از تاریخ ..... تا .....

اقدامات درمانی	تشخیص	جنس	سن	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	اقدامات درمانی	تشخیص	جنس	سن	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

تشویق / تذکر:

نام و امضای استاد مسئول:.....



دوره نورولوژی (موارد سرپایی)

دستیار سال ..... از تاریخ ..... تا .....

نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی	نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	اقدامات درمانی

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

تشویق / تذکر:

نام و امضای استاد مسئول:.....

دوره مداخلات درمانی در وابستگی و سوء مصرف مواد / الکل

دستیار سال ..... از تاریخ ..... تا .....

ویزیت بیماران مبتلا به وابستگی مواد/الکل

نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	بیماری های همبود	اقدامات درمانی	سایر توضیحات

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

تشویق / تذکر:

نام و امضای استاد مسئول:.....

دوره مداخلات درمانی در وابستگی و سوء مصرف مواد / الکل

دستیار سال ..... از تاریخ ..... تا .....

ویزیت بیماران مبتلا به وابستگی مواد/الکل

نوبت مراجعه (بار اول / پیگیری)	سن	جنس	تشخیص	بیماری های همبود	اقدامات درمانی	سایر توضیحات

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

تشویق / تذکر:

نام و امضای استاد مسئول:.....

دوره مداخلات درمانی در وابستگی و سوء مصرف مواد / الکل

دستیار سال ..... از تاریخ ..... تا .....

ساعات آموزش	عناوین طرح شده	مدرس	مکان برگزاری	تاریخ	کلاس / کارگاه

ارزیابی استاد از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

تشویق / تذکر:

نام و امضای استاد مسئول:.....

نام و امضای مسئول آموزش دستیار:.....

دوره روانپزشکی جامعه نگر

سال ..... از تاریخ ..... تا .....

فعالیت	تاریخ	مدت (به ساعت)	مکان	محتوای کلی آموزش	نوع مداخله	استاد مسئول

ارزیابی استاد مسئول دوره روانپزشکی جامعه نگر از عملکرد دستیار:

(مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

تشویق / تذکر: .....

نام و امضای مسئول آموزش دستتاری : .....

دوره روانپزشکی قانونی

مکان (.....)، زمان (از تاریخ..... تا .....) .

امضای استاد مدرس/مسئول	توضیحات / کلیات آموخته شده	تاریخ	فعالیت

ارزیابی استاد مسئول دوره روانپزشکی قانونی از عملکرد دستیار:

(مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

تشویق / تذکر: .....

نام و امضای مسئول آموزش دستتاری : .....

دوره مسمومیت ها

مکان (.....)، زمان (از تاریخ ..... تا .....) .

امضای استاد مدرس/مسئول	توضیحات / کلیات آموخته شده	تاریخ	فعالیت

ارزیابی استاد مسئول دوره مسمومیت ها از عملکرد دستیار:

(مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

تشویق / تذکر: .....

نام و امضای مسئول آموزش دستتاری : .....

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.



درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.



درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید بفرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید بفرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید بفرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید بفرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.



درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.



درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

درمان غیر دارویی (روان درمانی انفرادی- خانواده- زوج)

دستیار سال .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	تاریخ جلسه نظارت استاد روان درمانی	امضای استاد نظارت کننده	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
تعداد کل جلسات :	۱۱				
	۱۲				
نتیجه درمان:	۱۳				
	۱۴				
نحوه پایان درمان: (اتمام درمان، قطع توسط بیمار، ...)	۱۵				
	۱۶				
ارزیابی کیفی استاد نظارت بر روان درمانی: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)					

دستیار محترم چنانچه تعداد جلسات روان درمانی بیش از ۱۶ جلسه بود از برگه دیگری استفاده فرمایید و در محل پایان درمان "ادامه دارد" را قید فرمایید و در برگه های بعدی نتیجه و نحوه پایان درمان را قید فرمایید.

گزارش سالانه درمان غیردارویی (سال ۲ از تاریخ.....تا.....)

تعداد	تشخیص	نوع روان درمانی	تعداد جلسات درمان	تعداد جلسات نظارت استاد روان درمانی	نتیجه درمان	ارزیابی کیفی استاد نظارت کننده (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)

ارزیابی مسئول آموزش روان درمانی از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

تشویق (توسط استاد نظارت کننده / مسئول آموزش روان درمانی قید شود):

تذکر (توسط استاد نظارت کننده / مسئول آموزش روان درمانی قید شود):

نام وامضای مسئول آموزش روان درمانی: .....

گزارش سالانه درمان غیردارویی (سال ۳ از تاریخ..... تا.....)

تعداد	تشخیص	نوع روان درمانی	تعداد جلسات درمان	تعداد جلسات نظارت استاد روان درمانی	نتیجه درمان	ارزیابی کیفی استاد نظارت کننده (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)

ارزیابی مسئول آموزش روان درمانی از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

تشویق (توسط استاد نظارت کننده / مسئول آموزش روان درمانی قید شود):

تذکر (توسط استاد نظارت کننده / مسئول آموزش روان درمانی قید شود):

نام و امضای مسئول آموزش روان درمانی: .....

## گزارش سالانه درمان غیردارویی (سال ۴ از تاریخ..... تا.....)

تعداد	تشخیص	نوع روان درمانی	تعداد جلسات درمان	تعداد جلسات نظارت استاد روان درمانی	نتیجه درمان	ارزیابی کیفی استاد نظارت کننده (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد)

ارزیابی مسئول آموزش روان درمانی از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

تشویق (توسط استاد نظارت کننده / مسئول آموزش روان درمانی قید شود):

تذکر (توسط استاد نظارت کننده / مسئول آموزش روان درمانی قید شود):

نام و امضای مسئول آموزش روان درمانی: .....



## گزارش گروه درمانی بستری

سال ..... از تاریخ ..... تا .....

ارزیابی استاد ناظر	نتیجه کلی	موضوع اصلی جلسه	تعداد و جنسیت بیماران شرکت کننده	تاریخ

ارزیابی استاد مسئول از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

تشویق / تذکر:

نام و امضای استاد مسئول:.....



روان درمانی با نظارت مستقیم (اتاق آینه)

سال ..... از تاریخ ..... تا .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	موضوع و روند کلی جلسه	تکنیک های مداخله درمانی	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
سیر و نتیجه درمانی:	۱۱				
	۱۲				
توضیحات: (در صورت نیاز به ادامه جلسات پس از ۱۲ جلسه اتاق آینه برنامه آتی ذکر شود):					

ارزیابی مسئول آموزش روان درمانی از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

تشویق / تذکر (توسط استاد نظارت کننده / مسئول آموزش روان درمانی قید شود) :

نام و امضای مسئول آموزش روان درمانی : .....

روان درمانی با نظارت مستقیم (اتاق آینه)

سال ..... از تاریخ ..... تا .....

مشخصات بیمار	شماره جلسه	تاریخ جلسه درمانی	موضوع و روند کلی جلسه	تکنیک های مداخله درمانی	تاریخ جلسات اطلاع به استاد درمان دارویی و امضای استاد
شماره پرونده :	۱				
	۲				
تشخیص:	۳				
	۴				
جنس:	۵				
	۶				
سن:	۷				
	۸				
نوع روان درمانی:	۹				
	۱۰				
سیر و نتیجه درمانی:	۱۱				
	۱۲				
توضیحات: (در صورت نیاز به ادامه جلسات پس از ۱۲ جلسه اتاق آینه برنامه آتی ذکر شود):					

ارزیابی مسئول آموزش روان درمانی از عملکرد دستیار: (مطلوب، متوسط، نیاز به تمرین بیشتر دارد).....

تشویق / تذکر (توسط استاد نظارت کننده / مسئول آموزش روان درمانی قید شود) :

نام و امضای مسئول آموزش روان درمانی : .....

دوره های آموزشی

نام دوره	تعداد جلسات	مکان	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	کل ساعات آموزش	امضای مسئول دوره
اصول مصاحبه و برقراری رابطه درمانی با بیمار						
اصول روان درمانی						
اصول روان درمانی شناختی - رفتاری (پایه)						
روان درمانی شناختی - رفتاری (پیشرفته)						
اصول روان درمانی تحلیلی (پایه)						
روان درمانی تحلیلی (پیشرفته)						
روان درمانی حمایتی						
کارگاه سایکودراما						
کارگاه حمایت های روانی اجتماعی در بلایا						
کارگاه سوگ						
تصویربرداری مغز (MRI,CT)						

دوره های آموزشی

نام دوره	تعداد جلسات	مکان	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	کل ساعات آموزش	امضای مسئول دوره
کارگاه آموزش روانشناختی به بیمار						
کارگاه آموزش روانشناختی به خانواده بیمار						
اصول روان درمانی گروهی						
ارزیابی روانشناختی و آزمون های مربوطه						
اصول خانواده درمانی						
اصول زوج درمانی						
کارگاه آشنایی و درمان اختلالات جنسی						
الکتروانسفالوگرافی (EEG)						
TMS						
Neuro feedback						
ECT						
Aversion therapy						



### گزارش سایر فعالیت ها

استاد مسئول	توضیحات	تاریخ	فعالیت
	عنوان:		ارائه مقاله (journal club)
	تعداد جلسات شرکت/تعداد ارائه	سال ۲	شرکت در جلسات گروهی نظارت بر روان درمانی
	تعداد جلسات شرکت/تعداد ارائه	سال ۳	
	تعداد جلسات شرکت/تعداد ارائه	سال ۴	
	تعداد و تاریخ جلسات	سال ۲	شرکت در جلسات اتاق آینه (ناظر)
	تعداد و تاریخ جلسات	سال ۳	شرکت در جلسات اتاق آینه (ارزیابی، نقد، نظارت)
	تعداد و تاریخ جلسات		شرکت در جلسات آموزش خانواده (ناظر)
	تعداد و تاریخ جلسات		اداره جلسات آموزش خانواده
			.....
			.....



پایان نامه

	عنوان
	اساتید راهنما – مشاور
	تاریخ تهیه پره پروپوزال
	تاریخ دفاع از پره پروپوزال
	شماره ثبت پروپوزال
	تاریخ ارائه گزارش اول پیشرفت کار
	تاریخ ارائه گزارش دوم پیشرفت کار
	تاریخ دفاع از پایان نامه
	نمره پایان نامه - تهیه مقاله

نام و امضای استاد راهنما:

نام و امضای معاون پژوهشی گروه:

نام و امضای مدیر گروه:

سایر موارد:

سایر موارد: