

نموذج إحالة الرعاية الصحية  
يجب ملء جميع الحقول

BounceBack® هو برنامج مجاني للأشخاص من عمر 15 عامًا فأكثر والذين يُعانون من الاكتئاب بدرجة طفيفة إلى متوسطة الشدة، مع أو بدون القلق. يُقدم المدربون المجتمعيون برنامج الدعم الذاتي عبر الهاتف والكتيبات الإرشادية الموجزة لتحسين الصحة العقلية.

القائم بالإحالة:  مقدم الرعاية الصحية (بيب/ممرض ممارس)  طبيب نفسي  إحالة ذاتية

اسم المريض: \_\_\_\_\_ النوع: \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ الهاتف (المنزل): \_\_\_\_\_  
الهاتف (المحمول): \_\_\_\_\_ (شهر / يوم / سنة)  
العنوان: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_  
الرمز البريدي: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_  
ملاحظة: يُرجى وضع ملصق عنوان المريض أو طباعته بشكل مقروء

أسهل وسيلة للاتصال:  
 البريد الإلكتروني  البريد الصوتي  
 رسالة نصية

هل يمكن ترك رسالة  نعم  لا  
خصوصية على هذا الرقم؟  لا  نعم

2. يُرجى كتابة درجة استبيان صحة المريض  
(PHQ-9):

(انظر الجانب الخلفي لاستبيان صحة  
المريض - PHQ-9)

## 4. هل يتلقى الشخص أية أدوية لعلاج:

الاكتئاب؟  نعم  لا  
القلق؟  نعم  لا

يجب استكمال هذا القسم من أجل معالجة طلب الإحالة  
1. هل الشخص:

نعم لا  
 قادر على المشاركة والتركيز في مواد العلاج  
المعرفي السلوكي CBT  
 لديه رغبة نشطة في الانتحار أو حاول الانتحار  
خلال الأشهر الستة الماضية  
 عرضة لخطر إيذاء النفس أو الغير  
 يعانى الهوس الحاد أو الذهان  
 تم تشخيصه باضطراب في الشخصية  
 يسوء تعاطي الكحوليات أو المخدرات بشكل  
كبير من شأنها أن تؤثر على المشاركة في  
العلاج المعرفي السلوكي CBT  
 أوكد أنه لا يتم إرسال هذه الإحالة مباشرة من قسم الطوارئ في المستشفى أو وحدة الطب النفسي  
للمرضى الداخليين.

يُرجى ملاحظة أن مقدم الرعاية الصحية يتحمل دائمًا بالمسؤولية المهنية تجاه المريض.

## 3. نحن نقدم التدريب بعدة لغات غير الإنجليزية؛ يرجى تحديد اللغة المفضلة لمريضك:

## بيانات ممارس الرعاية الأولية:

الاسم: \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_  
الهاتف: \_\_\_\_\_ فاكس: \_\_\_\_\_ رقم CPSO (أو رقم CNO): \_\_\_\_\_

