

لطفاً اطلاعات ارجاع خود را از طریق فکس برای تیم BounceBack ارسال کنید: (905) 430-1768

فرم ارجاع مراقبت‌های اولیه  
تمام فیلدها باید پر شوند

BounceBack® برنامه‌ای رایگان برای افراد 15 سال به بالا است که افسردگی خفیف تا متوسط را با یا بدون اضطراب تجربه می‌کنند. مربیان اجتماعی از طریق تلفن یک برنامه خودیاری کوتاه و مبتنی بر کتاب تمرین را برای بهبود سلامت روان ارائه می‌کنند.

ارجاع‌دهنده:  متخصص خدمات ارائه دهنده (پزشک/پرستار)  روانپزشک  خود فرد

نام بیمار: \_\_\_\_\_  
نام جنسیت: \_\_\_\_\_  
تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ تلفن (خانه): \_\_\_\_\_  
(م / ر / س / س / س / س) تلفن (موبایل): \_\_\_\_\_  
آدرس: \_\_\_\_\_ شهر: \_\_\_\_\_  
کد پستی: \_\_\_\_\_ ایمیل: \_\_\_\_\_

ساده‌ترین راه برای تماس:

 ایمیل  پست صوتی  تکسآیا می‌توانیم به این شماره پیغام  بله  
محرمانه بگذاریم؟  خیر

MOA: لطفاً پرچسب آدرس بیمار را بچسبانید یا به‌طور خوانا ب با حروف بزرگ نویسد

## 1. فردی است: برای رسیدگی به ارجاع، باید این بخش تکمیل شود

بله خیر

قادر به مطالعه مطالب (CBT) و تمرکز بر آنها است  
 در 6 ماه گذشته اقدام با قصد خودکشی داشته  
 احتمال زیاد آسیب رساندن به خود یا دیگران را دارد  
 تجربه شنیدنی حاد یا روان پریشی را داشته است  
 تشخیص داده شده با اختلال شخصیت  
 سوءمصرف قابل توجه الکل یا مواد مخدر که بر لذت بردن از این روش درمانی (CBT) اثر داشته باشد

 من تأیید می‌کنم که این ارجاع به صورت مستقیم از اورژانس بیمارستان یا واحد بستری بیماران روانپزشکی فرستاده نمی‌شود

لطفاً توجه داشته باشید که متخصص خدمات درمانی همیشه مسئولیت حرفه‌ای بیمار را بر عهده دارد.

## 3. ما راهنمایی تلفنی را به زیانهای مختلف ارائه می‌دهیم لطفاً زبان ارجح بیمارستان را مشخص کنید:

## 2. لطفاً نمره پرسشنامه سلامت بیمار (PHQ-9) را ذکر کنید:



(در خصوص PHQ-9 به پشت صفحه نگاه کنید)

## 4. آیا فرد برای موارد زیر دارو دریافت می‌کند:

افسردگی؟  بله  خیر  
اضطراب؟  بله  خیر

## اطلاعات مسئول متخصص خدمات درمانی:

نام: \_\_\_\_\_  
آدرس: \_\_\_\_\_  
تلفن: \_\_\_\_\_ فکس: \_\_\_\_\_ شماره CPSO (یا شماره CNO): \_\_\_\_\_

PHQ-9 - لطفاً موارد زیر را از بیمار پرسید:

در 2 هفته گذشته، هریک از این مشکلات چقدر باعث ناراحتی شما شده است؟  
(از «✓» برای نشان دادن پاسخ خود استفاده کنید)

تقریباً هر روز	بیش از نیمی از روزها	چند روز	به هیچ وجه	
3	2	1	0	1. علاقه یا لذت بردن اندک از انجام کارها
3	2	1	0	2. احساس اندوه، افسردگی یا ناامیدی
3	2	1	0	3. مشکل در خواب رفتن، خوب خوابیدن یا خوابیدن بیش از حد
3	2	1	0	4. احساس خستگی یا کمبود انرژی
3	2	1	0	5. اشتهای کم یا پرخوری
3	2	1	0	6. داشتن احساسی ناخوشایند در مورد خود — یا احساس اینکه انسان ناموفقی هستید و یا خود یا خانواده‌تان را ناامید کرده‌اید
3	2	1	0	7. مشکل در تمرکز بر روی مسائلی مانند خواندن روزنامه یا تماشای تلویزیون
3	2	1	0	8. حرکت کردن یا صحبت کردن بسیار آهسته به طوری که سایر افراد متوجه شده باشند؟ یا برعکس — آنقدر مضطرب یا بی‌قرار بودید که باعث شده است خیلی بیشتر از حد معمول تحرک داشته باشید
3	2	1	0	9. فکر کردن به اینکه ای کاش می‌مردید یا می‌توانستید به نوعی به خود آسیب بزنید
_____ + _____ + _____ + _____				
_____ =				نمره کل:

اگر هر یک از مشکلات را علامت زده‌اید، این مشکلات تا چه اندازه باعث شده به دشواری بتوانید کار کنید، کارهای خانه را انجام دهید یا با سایر افراد کنار بیایید؟

بدون هیچ دشواری  تا حدودی دشوار  بسیار دشوار  شدیداً دشوار

تهیه شده توسط دکتر رابرت ال. اسپنیزر، جانت بی. دبلیو ویلیامز، کرت کرونگه و همکاران، با استفاده از کمک هزینه آموزشی Pfizer Inc. برای تکثیر، ترجمه، نمایش یا توزیع به هیچ مجوزی نیاز نیست.