

فرم ارجاع موارد مواجهه شغلی به بیمارستان معین

به بیمارستان.....

با سلام

احتراما جناب آقای /سرکار خانم جهت انجام ارایه داروی پروفیلاکسی و سایر اقدامات مقتضی معرفی می گردند.

اقدامات انجام شده:

۱- ۲- ۳-

۴- ۵- ۶-

نام و امضا فرد ارجاع دهنده:.....

تاریخ روز..... ماه..... سال.....

مرکز بهداشت / شبکه بهداشت.....

بیمارستان.....

به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری.....

با سلام

احتراما جناب آقای /سرکار خانم معرفی شده از بیمارستان تحت درمان پروفیلاکسی با
+.....+..... قرار گرفت و خدمات لازم به شرح فوق ارائه شد. مراتب جهت بررسی و لزوم ارایه و ادامه درمان معرفی می شوند.

نام و امضا فرد ارجاع دهنده:.....

تاریخ روز..... ماه..... سال.....

به بیمارستان.....

شرح اقدامات و داروهای تجویز شده به شرح ذیل می باشد:

۱-

۲-

۳-

تاریخ مراجعه بعد.....

نام و امضا پزشک مرکز مشاوره بیماری های رفتاری:.....