

مرکز درمان سوء مصرف مواد.....

فرم ارجاع بیمار با رفتار های پر خطر

شماره پرونده:.....

لطفا در صورت دارا بودن هریک از سوابق زیر کد مربوطه را علامت زده و بیمار را به یکی از مراکز زیر ارجاع دهید:

<input type="checkbox"/>	۱- سابقه زندان	<input type="checkbox"/>	۷- همسر فرد آلوده یا فرد پر خطر
<input type="checkbox"/>	۲- مصرف کننده تزریقی مواد	<input type="checkbox"/>	۸- مورد شناخته شده آلوده به HIV
<input type="checkbox"/>	۳- رفتار جنسی پر خطر	<input type="checkbox"/>	۹- مراجعه با علائم نشانگر ایدز
<input type="checkbox"/>	۴- دریافت انواع فراورده های خونی	<input type="checkbox"/>	۱۰- ابتلا به بیماری آمیزشی اثبات شده
<input type="checkbox"/>	۵- اهدا کننده خون	<input type="checkbox"/>	۱۱- ابتلا به سل
<input type="checkbox"/>	۶- فرزند مادر آلوده	<input type="checkbox"/>	۱۲- سایر

آدرس و شماره تلفن مرکز:

مهر و امضاء مسئول فنی مرکز

آدرس کلینیک مثلثی دانشگاه: شیراز- فلکه خاتون بلوار دلاوران بسیج- خیابان لاوان- مرکز بهداشتی درمانی حسین ابن علی(۲) تلفن: ۷۲۸۹۲۵۵

آدرس مرکز VCT سازمان بهزیستی: شیراز - بلوار کوی زهرا سازمان بهزیستی شیراز مرکز خود معرف تلفن: ۷۲۶۰۳۴۹-۷۲۶۲۲۲۲