

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

آدرس و شماره تلفن مرکز:

مهر و امضاء مسئول فنی مرکز

آدرس کلینیک مثلثی