

گزارش کاهش آسیب

شماره پرونده:.....

نام و نام خانوادگی بیمار:.....

الف- نتیجه پیش آزمون: / تاریخ انجام آزمون / نام و امضاء مسئول

ب - آموزش کاهش آسیب در تاریخ / / جهت بیمار توسط اینجانب
در محل مرکز ارائه گردید.

نام و امضاء مسئول

ج - نتیجه پس آزمون:..... / تاریخ انجام آزمون / نام و امضاء مسئول

د- آموزش کاهش آسیب به خانواده بیمار:

نام و نام خانوادگی : نسبت با بیمار:..... / تاریخ آموزش /

نام و امضاء شرکت کننده

ه - بیمار مراجعه ننموده است

نتیجه پیگیری:

نام و امضاء مسئول پیگیری