

## CASE MANAGEMENT SHEET &amp; SOCIAL WORK ASSESSMENT

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                               |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------|
| Date of Admission: تاریخ مراجعه:                                                                                                                                                                                                                                                     | Sex: جنس:                                               | Name: نام:                    | Family Name: نام خانوادگی:                |
| Time of Admission: ساعت مراجعه:                                                                                                                                                                                                                                                      | ADM Code: کد پذیرش:                                     | Address: آدرس:                |                                           |
| Mother's Name & Family name: نام و نام خانوادگی مادر:                                                                                                                                                                                                                                | Father's Name & Family name: نام و نام خانوادگی پدر:    | Date of Birth: تاریخ تولد:    | National/Segment code: کد ملی / کد آمایش: |
| Patient Name & Family Name: نام و نام خانوادگی بیمار:                                                                                                                                                                                                                                | Companion Name & Family Name: نام و نام خانوادگی همراه: | Nationality: ملیت:            | Marital Status: وضعیت تاهل:               |
| Relative: نسبت با بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                             | Tel: تلفن همراه بیمار:                                  | Education Level: سطح تحصیلات: | No Of Children: تعداد فرزندان:            |
| Attending Physician: پزشک معالج:                                                                                                                                                                                                                                                     | Ward: بخش:                                              | Job: شغل:                     |                                           |
| Basic Insurance: بیمه پایه:                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                               |                                           |
| <input type="checkbox"/> فاقد بیمه <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> سلامت ایرانیان <input type="checkbox"/> خدمات درمانی <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی                                                          |                                                         |                               |                                           |
| Complementary Insurance: بیمه تکمیلی:                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |                               |                                           |
| Arrival/Referral Type: نحوه ورود/ارجاع به واحد مددکاری اجتماعی:                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                               |                                           |
| <input type="checkbox"/> خود ارجاع <input type="checkbox"/> راند <input type="checkbox"/> تریاژ <input type="checkbox"/> ارجاع از کادر درمان <input type="checkbox"/> ارجاع از سازمان های دولتی <input type="checkbox"/> ارجاع از سازمان های غیر دولتی <input type="checkbox"/> سایر |                                                         |                               |                                           |
| Target Group: گروه هدف:                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |                               |                                           |

## تریاز

| تعیین اولویت<br>Prioritization | حضور همراه موثر<br>Effective participant | پوشش بیمه ای<br>Insurance coverage | شدت بیماری بر اساس ESI<br>Illness severity based on ESI | گروه های پرخطر<br>High risk group | ساعت و تاریخ<br>& date)<br>(time) |
|--------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| اولویت                         | مجموع امتیاز                             |                                    |                                                         |                                   |                                   |
|                                |                                          |                                    |                                                         |                                   |                                   |

Brief Description :

شرح مختصر :

## راند

| شرح مختصر<br>Brief Description | مسائل قانونی<br>Legal issues | گروه های پرخطر<br>High risk group | اختلال در عملکرد اجتماعی<br>به علت بیماری و بستری<br>Social dysfunction due to illness and hospitalization | وضعیت اقتصادی<br>Financial / insurance | شرایط روانی<br>Psychological conditions | شبکه حمایتی<br>Social Support | ساعت و تاریخ<br>& date)<br>(time) |
|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
|                                |                              |                                   |                                                                                                            |                                        |                                         |                               |                                   |
|                                |                              |                                   |                                                                                                            |                                        |                                         |                               |                                   |
|                                |                              |                                   |                                                                                                            |                                        |                                         |                               |                                   |
|                                |                              |                                   |                                                                                                            |                                        |                                         |                               |                                   |
|                                |                              |                                   |                                                                                                            |                                        |                                         |                               |                                   |

|                                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |
|-----------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Final Assessment Summary:               |            | شرح نهایی ارزیابی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              |
| Purpose of Intervention:                |            | اهداف مداخله:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |              |
| Description of the intervention         | شرح مداخله | Title of Intervention                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | عنوان مداخله |
|                                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |
|                                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |
|                                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |
|                                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |
|                                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |
| Financial Support:                      |            | آیا بیمار حمایت اقتصادی نیاز دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>درصد / مبلغ اولیه حمایت اقتصادی بر اساس گروه های هدف: .....<br>اعمال نظر مددکار اجتماعی (± ۳۰٪)<br>شرح:<br>درصد نهایی حمایت اقتصادی: .....<br>منبع تامین حمایت اقتصادی:<br>1- آورده وزارت بهداشت (ردیف نیازمندان): درصد .... / مبلغ .....<br>2- آورده نهادهای حمایتی دولتی: درصد .... / مبلغ .....<br>3- آورده نهادهای حمایتی غیردولتی: درصد .... / مبلغ .....<br>4- آورده موسسه خیریه بیمارستانی: درصد .... / مبلغ .....<br>5- آورده خیرین: درصد .... / مبلغ ..... |              |
| Final Result of Intervention:           |            | نتیجه نهایی مداخله:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |
| Recommendation on Discharge:            |            | توصیه های پس از ترخیص:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |
| Need to Follow Up :                     |            | نیاز به پیگیری پس از ترخیص دارد؟<br><input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |
| Aftercare Follow-up:                    |            | برنامه پیگیری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |
| Social Workers' Name /Signature/Stamp : |            | نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مددکار اجتماعی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |