



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سازمان بهداشت عمومی کشور
بهداشت پزشکی استان البرز

شماره مدرک

EW-EBO31-RHB-033-00


عنوان

راهنمای کمیسیون های پزشکی

مهر مهر اطلاع	<p>سازمان بهداشت عمومی استان البرز</p> <p>کمیسیون تخصصی</p> <p>مهر مهر اطلاع</p> <p>سید سید محمد علی</p>
---------------	--

مهر منسوخ

محل
الصق
عکس به‌مهر
به مهر



(نم‌نمرد)

شماره:
تاریخ:

فرم ارجاع کمیسیون پزشکی سازمان بهزیستی کشور به پزشک متخصص

سرکار خانم/جناب آقای دکتر
با سلام و احترام

خانم/آقای دارای کد ملی متولد: / / صاحب عکس فوق جهت معاینه و تشخیص دقیق بیماری یا اختلال، تعیین سطح آسیب (نوع و شدت) حضورتان معرفی می‌گردد.

خواهشمند است نتیجه ارزیابی بصورت محرمانه، مهیور به مهر و امضاء حضرتعالی به منظور تکمیل پرونده و طرح در کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت سازمان بهزیستی، ارجاع گردد.

(ارسال مستندات و فرمهای ارزیابی الزامی است)

دبیر کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت
سازمان بهزیستی کشور

نتیجه ارزیابی خانم/آقای

نوع آسیب (Impairment):

- کد ICF (کدهای b و s):

- شدت آسیب: خفیف متوسط شدید خیلی شدید

محدودیت عملکردی در سطح زندگی روزمره (Functional Limitation):

- ابزار مورد استفاده جهت سنجش پیامدهای عملکردی: نمره آزمون


- شدت محدودیت عملکردی: خفیف متوسط شدید خیلی شدید

- کد ICF (کدهای d):

ملاحظات:

مهر و امضاء
تاریخ ویزیت:

محل
الصق
عکس به‌مهر
به مهر



(نم‌نمرد ۲-الف)

شماره:
تاریخ:

فرم ارجاع کمیسیون پزشکی سازمان بهزیستی کشور جهت ارزیابی فیزیوتراپی

سرکار خانم/جناب آقای
با سلام و احترام

خانم/آقای دارای کد ملی متولد: / / صاحب عکس فوق جهت ارزیابی و تعیین دقیق سطح آسیب و محدودیت عملکردی حضورتان معرفی می‌گردد.

خواهشمند است نتیجه ارزیابی بصورت محرمانه، مهیور به مهر و امضاء حضرتعالی به منظور تکمیل پرونده و طرح در کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت سازمان بهزیستی، ارجاع گردد.

(ارسال مستندات و فرمهای ارزیابی الزامی است)

دبیر کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت
سازمان بهزیستی کشور

نتیجه ارزیابی خانم/آقای

نوع آسیب (Impairment):

- کد ICF (کدهای b و s):

- شدت آسیب: خفیف متوسط شدید خیلی شدید

محدودیت عملکردی در سطح زندگی روزمره (Functional Limitation):

- ابزار مورد استفاده جهت سنجش پیامدهای عملکردی: نمره آزمون

- شدت محدودیت عملکردی: خفیف متوسط شدید خیلی شدید

- کد ICF (کدهای d):

ملاحظات:

مهر و امضاء
تاریخ ویزیت:

محل
الصاق
عکس مهر
به مهر

شماره:
تاریخ:

شماره:
تاریخ:

سرکار خانم/جناب آقای
با سلام و احترام
خانم/آقای دارای کد ملی / صاحب عکس فوق جهت ارزیابی و تعیین دقیق سطح آسیب و محدودیت عملکردی حضورتان معرفی می‌گردد.
خواهشمند است نتیجه ارزیابی بصورت محرمانه، مهر و امضاء حضرتعالی به منظور تکمیل پرونده و طرح در کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت سازمان بهزیستی، ارجاع گردد.
(ارسال مستندات و فرمهای ارزیابی الزامی است)

دبیر کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت
سازمان بهزیستی کشور

نتیجه ارزیابی خانم/آقای
نوع آسیب (Impairment):
کد ICF (کدهای b و s):
شدهت آسیب زبانی: خیلی شدید شدید متوسط خفیف خیلی خفیف
شدهت آسیب گفتاری: خیلی شدید شدید متوسط خفیف خیلی خفیف
شدهت آسیب صوتی: خیلی شدید شدید متوسط خفیف خیلی خفیف

محدودیت عملکردی در سطح زندگی روزمره (Functional Limitation):
ابزار مورد استفاده جهت سنجش پیامدهای عملکردی:
شدهت محدودیت عملکردی: خیلی شدید شدید متوسط خفیف خیلی خفیف
کد ICF (کدهای d):
ملاحظات:
مهر و امضاء
تاریخ ویزیت:


شماره:
تاریخ:


سرکار خانم/جناب آقای
با سلام و احترام
خانم/آقای دارای کد ملی / صاحب عکس فوق جهت ارزیابی و تعیین دقیق سطح آسیب و محدودیت عملکردی حضورتان معرفی می‌گردد.
خواهشمند است نتیجه ارزیابی بصورت محرمانه، مهر و امضاء حضرتعالی به منظور تکمیل پرونده و طرح در کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت سازمان بهزیستی، ارجاع گردد.
(ارسال مستندات و فرمهای ارزیابی الزامی است)

دبیر کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت
سازمان بهزیستی کشور

نتیجه ارزیابی خانم/آقای
نوع آسیب (Impairment):
کد ICF (کدهای b و s):
شدهت آسیب: خیلی شدید شدید متوسط خفیف خیلی خفیف

محدودیت عملکردی در سطح زندگی روزمره (Functional Limitation):
ابزار مورد استفاده جهت سنجش پیامدهای عملکردی:
شدهت محدودیت عملکردی: خیلی شدید شدید متوسط خفیف خیلی خفیف
کد ICF (کدهای d):
ملاحظات:
مهر و امضاء
تاریخ ویزیت:

 شماره: تاریخ:	محل الصاق عکس مهر به مهر	((نمونه ۲-۵)) فرم ارجاع کمیسیون پزشکی سازمان بهزیستی کشور جهت ارزیابی شنوایی شناسی
سرکار خانم/جناب آقای با سلام و احترام خانم/آقای دارای کد ملی متولد: / / صاحب عکس فوق جهت ارزیابی و تعیین دقیق سطح آسیب و محدودیت عملکردی حضورتان معرفی می‌گردد. خواهشمند است نتیجه ارزیابی بصورت محرمانه، مهیور به مهر و امضاء حضرتعالی به منظور تکمیل پرونده و طرح در کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت سازمان بهزیستی، ارجاع گردد. (ارسال مستندات و فرمهای ارزیابی الزامی است)		
دبیر کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت سازمان بهزیستی کشور		
نتیجه ارزیابی خانم/آقای نوع آسیب (Impairment): - کد ICF (کدهای b و s): - میزان اختلال شنوایی در گوش راست، db: - شدت آسیب: <input type="checkbox"/> خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> خیلی شدید - میزان اختلال شنوایی در گوش چپ، db: - شدت آسیب: <input type="checkbox"/> خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> خیلی شدید محدودیت عملکردی در سطح زندگی روزمره (Functional Limitation): - ابزار مورد استفاده جهت سنجش پیامدهای عملکردی: - شدت محدودیت عملکردی: <input type="checkbox"/> خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> خیلی شدید - کد ICF (کدهای d): ملاحظات: مهر و امضاء تاریخ ویزیت:		

 شماره: تاریخ:	محل الصاق عکس مهر به مهر	((نمونه ۲-۵)) فرم ارجاع کمیسیون پزشکی سازمان بهزیستی کشور جهت ارزیابی بینایی سنجی
سرکار خانم/جناب آقای با سلام و احترام خانم/آقای دارای کد ملی متولد: / / صاحب عکس فوق جهت ارزیابی و تعیین دقیق سطح آسیب و محدودیت عملکردی حضورتان معرفی می‌گردد. خواهشمند است نتیجه ارزیابی بصورت محرمانه، مهیور به مهر و امضاء حضرتعالی به منظور تکمیل پرونده و طرح در کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت سازمان بهزیستی، ارجاع گردد. (ارسال مستندات و فرمهای ارزیابی الزامی است)		
دبیر کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت سازمان بهزیستی کشور		
نتیجه ارزیابی خانم/آقای نوع آسیب (Impairment): - کد ICF (کدهای b و s): - محدث بینایی چشم راست - میدان بینایی چشم راست: درجه - شدت آسیب: <input type="checkbox"/> خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> خیلی شدید - محدث بینایی چشم چپ - میدان بینایی چشم چپ: درجه - شدت آسیب: <input type="checkbox"/> خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> خیلی شدید محدودیت عملکردی در سطح زندگی روزمره (Functional Limitation): - ابزار مورد استفاده جهت سنجش پیامدهای عملکردی: - شدت محدودیت عملکردی: <input type="checkbox"/> خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> خیلی شدید - کد ICF (کدهای d): ملاحظات: مهر و امضاء تاریخ ویزیت:		



مجلس پزشکی ایران
مجلس پزشکی تهران

**فرم تعیین نیاز به خدمات توانبخشی
(پیوست کمیسیون)**

مشخصات فرد متقاضی:		
نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:
کد ملی:	شماره شناسنامه:	شماره شناسنامه:
تاریخ تولد:	محل تولد:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> دو جنسی
وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> متارکه <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> همسر فوت شده <input type="checkbox"/> میزان تحصیلات:		
خدمات مورد نیاز:		
(۱) خدمات توانبخشی		
<input type="checkbox"/> فیزیوتراپی <input type="checkbox"/> کاردرمانی <input type="checkbox"/> گفتاردرمانی <input type="checkbox"/> بینایی‌سنجی <input type="checkbox"/> شنوایی‌شناسی <input type="checkbox"/> توانبخشی شنیداری <input type="checkbox"/> ارتوپدی فنی		
(۲) وسایل کمک توانبخشی و فن‌آوری و لوازم مصرفی و بهداشتی		
الف: در حیطه Movement:		
ب: در حیطه HI:		
ج: در حیطه VI:		
(۳) خدمات مشاوره‌ای		
<input type="checkbox"/> ژنتیک <input type="checkbox"/> روانشناسی <input type="checkbox"/> سایر یا ذکر موارد:		
(۴) بیمه و جبران هزینه‌های درمان:		
محل مهر و امضاء اعضای کمیسیون:		
کارشناس توانبخشی	کارشناس توانبخشی	
دبیر کمیسیون	کارشناس توانبخشی	



شماره:
تاریخ:
(نم ۲-۲)

محل
الضام
عکس مهر
به مهر

فرم ارجاع کمیسیون پزشکی سازمان بهزیستی کشور جهت ارزیابی روانشناسی

سرکار خانم/جناب آقای
با سلام و احترام

خانم/آقای دارای کد ملی متولد: / صاحب عکس فوق جهت ارزیابی و تعیین دقیق سطح آسیب و محدودیت عملکردی حضورتان معرفی می‌گردد. خواهشمند است نتیجه ارزیابی بصورت محرمانه، مهیور به مهر و امضاء حضرنمائی به منظور تکمیل پرونده و طرح در کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت سازمان بهزیستی، ارجاع گردد. (ارسال مستندات و فرمهای ارزیابی الزامی است)

دبیر کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت
سازمان بهزیستی کشور

نتیجه ارزیابی خانم/آقای

نوع آسیب (Impairment):

کد CFI (کدهای b و s):

.....
.....
.....

نمره ضریب هوشی (هوشبهر):

شدت آسیب: خفیف متوسط شدید خیلی شدید

محدودیت عملکردی در سطح زندگی روزمره (Functional Limitation):

ابزار مورد استفاده جهت سنجش پیامدهای عملکردی: نمره آزمون

شدت محدودیت عملکردی: خفیف متوسط شدید خیلی شدید

کد ICF (کدهای d):

.....
.....
.....

ملاحظات:

مهر و امضاء

تاریخ ویزیت:

ضمائم |