



Załącznik nr 4
do Regulaminu Centrum Zdrowia Psychicznego
Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ

ARKUSZ POMOCNICZY (PRZYJĘCIOWY) W PZK

Data	Godzina

☐

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

INFORMACJE OGÓLNE

1. Stan cywilny

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kawaler/panna | <input type="checkbox"/> w separacji |
| <input type="checkbox"/> związek nieformalny | <input type="checkbox"/> rozwiedziony/a |
| <input type="checkbox"/> żonaty/zamężna | <input type="checkbox"/> wdowiec/wdowa |

2. Wykształcenie

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> podstawowe | <input type="checkbox"/> zawodowe |
| <input type="checkbox"/> gimnazjalne | <input type="checkbox"/> wyższe |
| <input type="checkbox"/> średnie | |

3. Źródło utrzymania

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> praca etatowa | <input type="checkbox"/> rodzina |
| <input type="checkbox"/> praca dorywcza | <input type="checkbox"/> pomoc społeczna, renta, zasiłek |
| <input type="checkbox"/> samodzielna działalność gospodarcza | <input type="checkbox"/> inne |
| <input type="checkbox"/> emerytura | |

3. Źródło utrzymania

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> samotnie | <input type="checkbox"/> z rodzicem/rodzicami |
| <input type="checkbox"/> z mężem/żoną | <input type="checkbox"/> z innymi krewnymi |
| <input type="checkbox"/> z partnerem/partnerką | <input type="checkbox"/> z osobami niespokrewnionymi (np. stacja) |
| <input type="checkbox"/> z dziećmi | <input type="checkbox"/> dom pomocy społecznej/inne ośrodki |



5. Opieka Ośrodka pomocy społecznej.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**6. Sytuacja rodzinna/rodzina
pochodzenia.....**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Ogólne zadania i obowiązki/ życie domowe/ dbanie o siebie.....

.....

.....

.....

CZYNNIKI ŚRODOWISKOWE

1. Kontakty międzyludzkie/ relacje istotne.....

.....

.....

.....

2. Wsparcie i wzajemne powiązania.....

.....

.....

.....

**3. Postawy wobec środowiska/pracy/aktywności społecznej/lokalnej
społeczności.....**

.....

.....

.....



4. Historia ścieżki zawodowej

.....

.....

.....

.....

DANE OGÓLNOMEDYCZNE

1. Dane obserwacyjne

.....

.....

.....

2. Główne rozpoznanie (jeśli jest)/rozpoznanie dodatkowe

.....

.....

.....

.....

3. Schorzenia współistniejące

.....

.....

.....

4. Leki przyjmowane na stałe

.....

.....

.....

5. Uczulenia

.....

.....

.....

6. Inne istotne dane medyczne (urazy, operacje, zabiegi, itp.)

.....

.....

.....

DANE DOTYCZĄCE PRZEBIEGU DOTYCHCZASOWEGO LECZENIA

1. Czy dotychczas leczony/a psychiatrycznie?

TAK

NIE



2. Przebieg leczenia (pierwsza konsultacja psychiatryczna, ostatnia konsultacja psychiatryczna)

.....

.....

.....

3. Aktualnie pod opieką

.....

.....

.....

4. Pomoc psychologa (grupy wsparcia, AA, AN, psychoterapia)

.....

.....

.....

5. Przymusowe leczenie

.....

.....

.....

OCENA STANU PSYCHICZNEGO

Kontakt z pacjentem	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> utrudniony	<input type="checkbox"/> brak
Orientacja autopsychiczna	<input type="checkbox"/> prawidłowa		<input type="checkbox"/> zaburzona
Orientacja allopsychiczna	<input type="checkbox"/> prawidłowa		<input type="checkbox"/> zaburzona
Kontakt wzrokowy	<input type="checkbox"/> normalny	<input type="checkbox"/> intensywny	<input type="checkbox"/> unikający
Wygląd	<input type="checkbox"/> zadbany	<input type="checkbox"/> zaniedbany	<input type="checkbox"/> inne



Budowa ciała	<input type="checkbox"/> niedowaga	<input type="checkbox"/> normalna	<input type="checkbox"/> nadwaga	<input type="checkbox"/> otyłość
Uwaga	<input type="checkbox"/> prawidłowa		<input type="checkbox"/> zaburzenia uwagi obecne	
Mowa	<input type="checkbox"/> prawidłowa	<input type="checkbox"/> wielomówność	<input type="checkbox"/> małomówność	<input type="checkbox"/> inne
Niepokój psychoruchowy	<input type="checkbox"/> brak		<input type="checkbox"/> obecny	
Napęd	<input type="checkbox"/> w normie	<input type="checkbox"/> wzmożony	<input type="checkbox"/> obniżony	
Nastrój	<input type="checkbox"/> w normie	<input type="checkbox"/> podwyższony	<input type="checkbox"/> obniżony	<input type="checkbox"/> zmienny
Afekt	<input type="checkbox"/> prawidłowy / adekwatny		<input type="checkbox"/> nieadekwatny	
Lęk	<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> napadowy	<input type="checkbox"/> wolnoptynący	
Kompulsje / Natręctwa	<input type="checkbox"/> brak		<input type="checkbox"/> obecne	
Urojenia	<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> obecne	<input type="checkbox"/> podejrzenie obecności	
Zaburzenia formy myślenia	<input type="checkbox"/> brak		<input type="checkbox"/> rozkojarzenie/ niespójne wątki	
	<input type="checkbox"/> rozwlekłość / drobiazgowość		<input type="checkbox"/> inne	
Pamięć	<input type="checkbox"/> prawidłowa		<input type="checkbox"/> zaburzenia pamięci obecne jakie:.....	
Wgląd	<input type="checkbox"/> pełny	<input type="checkbox"/> częściowy	<input type="checkbox"/> brak wglądu w chorobę	
Omamy	<input type="checkbox"/> brak		<input type="checkbox"/> obecne – słuchowe	
	<input type="checkbox"/> obecne – wzrokowe		<input type="checkbox"/> obecne – inne	
Zaburzenia snu	<input type="checkbox"/> brak		<input type="checkbox"/> obecne	
Apetyt	<input type="checkbox"/> w normie	<input type="checkbox"/> wzmożony	obniżony	



DIAGNOSTYKA – UZALEŻNIENIA

- ☐ Brak
- ☐ Obecnie czynne uzależnienie, zaznaczyć właściwe
 - ☐ Papierosy
 - ☐ Alkohol
 - ☐ Leki uspokajające / nasenne
 - ☐ Narkotyki
 - ☐ Uzależnienia behawioralne
 - ☐ Inne, jakie?
- ☐ Uzależnienie w wywiadzie, utrzymuje abstynencję od.....

OCENA RYZYKA SAMOBÓJSTWA (AUTOAGRESJI) / ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH

Myśli rezygnacyjne

- ☐ Brak
- ☐ Obecne

Myśli samobójcze

- ☐ Brak
- ☐ Obecne
- ☐ Podejrzenie obecności

Plany samobójcze

- ☐ Brak
- ☐ Obecne
- ☐ Podejrzenie obecności

Próba samobójcza w przeszłości

- ☐ Nie
- ☐ Tak, 1 x
- ☐ Tak, więcej niż 1 x
- ☐ Tak, w ciągu ostatnich 4 tygodni

Wypowiadanie gróźb, złowrogie zamiary

- ☐ Brak
- ☐ Obecne

Zachowania agresywne czynne

- ☐ Brak
- ☐ Obecne

Zachowania agresywne w przeszłości

- ☐ Nie
- ☐ Tak
- ☐ Tak, w ciągu ostatnich 4 tygodni

Autoagresja

- ☐ Nie
- ☐ Tak

.....

.....



WYWIAD DOTYCZĄCY POTRZEB / TRUDNOŚCI / POWODU ZGŁOSZENIA PACJENTA

Postrzeganie problemu / trudności pacjenta/dostrzegane przez otoczenie:

Oczekiwania-co miałyby się poprawić/potrzeby zgłaszane przez pacjenta/ otoczenie: