



Załącznik nr 7
do Regulaminu Centrum Zdrowia Psychicznego
Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ

SKRÓCONY PLAN TERAPII I ZDROWIENIA CELE	Data:
--	-------

Imię i nazwisko pacjenta:.....PESEL.....

Data.....

1. Problemy zdrowotne i społeczne pacjenta

Rodzaj zaburzenia	Właściwy zaznacz	Uwagi
Percepcyjne		
Uwagi		
Pamięci		
Myślenia		
Snu		
Motywacyjne		
Emocjonalne		
Kompetencji interpersonalnych		
W samoobstudze		
Problemy finansowo - bytowe		

Podpis wypełniającego

.....



2. Cele leczenia- UZUPEŁNIĆ WSPÓLNIE Z PACJENTEM

- ☐ złagodzenie / wyeliminowanie objawów psychiatrycznych
- ☐ ograniczenie / wyeliminowanie stanów lękowych
- ☐ zapobieganie nawrotom choroby
- ☐ poprawa funkcjonowania społecznego
- ☐ stabilizacja nastroju
- ☐ optymalizacja aktywności
- ☐
- ☐

Imię i nazwisko pacjenta.....

3. Forma opieki (wypełnia lekarz):

- ☐ opieka czynna
- ☐ opieka długoterminowa
- ☐ opieka krótkoterminowa

4. Opieka lekarska (wypełnia lekarz)

- ☐ zebranie wywiadu, wstępna ocena stanu psychicznego i somatycznego pacjenta
- ☐ zaplanowanie pogłębionej diagnostyki stanu psychicznego i somatycznego: badanie psychologiczne, badania neuroobrazowe, badania laboratoryjne,
- ☐ sformułowanie diagnozy i przedstawienie jej pacjentowi
- ☐ psychoedukacja dotycząca doświadczanego zaburzenia
- ☐ konsultacja z zespołem terapeutycznym
- ☐ rozmowa wspierająca nakierowana na mobilizację zasobów pacjenta
- ☐ wyjaśnienie znaczenia wsparcia społecznego
- ☐ planowanie aktywności
- ☐ profilaktyka zachowań samobójczych
- ☐ przedstawienie możliwych opcji terapeutycznych i proponowanych form opieki
- ☐ zaplanowanie kolejnych wizyt lekarskich

Podpis lekarza

.....



5. Opieka psychologiczna (wypełnia psycholog):

- ☐ nawiązanie relacji terapeutycznej
- ☐ rozpoznanie sytuacji pacjenta, jego potrzeb i problemów
- ☐ sformułowanie diagnozy wstępnej i przekazanie jej pacjentowi
- ☐ konsultacja z zespołem terapeutycznym
- ☐ przeprowadzenie badań testowych
- ☐ wsparcie psychologiczne
- ☐ interwencja kryzysowa
- ☐ psychoterapia
- ☐ zapobieganie nawrotom choroby

Podpis psychologa

.....

Imię i nazwisko pacjenta.....

6. Działania dodatkowe:

- ☐ edukacyjno – konsultacyjne dla rodzin pacjentów
- ☐ inne.....

7. Konsultacja z pracownikiem socjalnym

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



8. Konsultacja z Rzecznikiem Praw Pacjenta

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

Koordynator opieki

.....

Lekarz

.....

3-miesięczna/ półroczna ocena planu terapeutycznego*

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

Koordynator opieki

.....

Lekarz

.....

*niepotrzebne skreślić