

OPINIA LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA
dotycząca uczestnika zajęć Środowiskowego Domu Samopomocy

1. Imię i nazwisko
2. Adres
3. Rozpoznanie
4. Zalecane leki, dawkowanie
5. Inne schorzenia (sprzężone) utrudniające funkcjonowanie, wymagające kontroli specjalistycznej, stosowania leków
-
w przypadku epilepsji – charakterystyka zwiastunów, przebieg ataków, niezbędnego postępowania
.....
.....
uczulenia:
6. Ilość hospitalizacji ostatnia hospitalizacja
7. Zachowania niebezpieczne:
występowały – tak/nie
na czym polegały
-
kiedy ostatni raz wystąpiły
- zwiastuny
- zalecane środki ostrożności
-
próby „S”
8. Inne ważne informacje (wskazania do pobytu w Środowiskowym Domu Samopomocy)
.....

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza psychiatry)