|  |
| --- |
| **فرم ارجاع وپسخوراند تست بیلی**  **الف: ارجاع**  **از مرکز /پایگاه / خانه بهداشت: .......................... تاریخ ارجاع: / /**  **به : واحد تست بیلی قائدی 🞎 واحد تست بیلی مرکز جامع تکامل 🞎**  **نا م و نام خانوادگی کودک…………………………. : تاریخ تولد: / / کد ملی : ............................**  **علت ارجاع :**  **سن حاملگی زیر 37هفته 🞎 وزن تولد زیر 2500 گرم 🞎 سابقه بستری در NICU 🞎 مشکل تکاملی( تا 42 ماهگی) 🞎**  **مشکل تکاملی بر اساس فرم ASQ تکمیل شده در حیطه / حیطه ها**  **حیطه ی شخصی اجتماعی 🞎 حیطه ی برقراری ارتباط 🞎 حیطه حل مسئله 🞎**  **حیطه حرکات ظریف 🞎 حیطه حرکات درشت 🞎 موارد کلی 🞎**  **\* آدرس و شماره تلفن واحد تست بیلی:**  **\* تاریخ مراجعه مادر به واحد تست بیلی:**  **توجه: والدین محترم در صورتیکه کودک بالای 2ماه است هنگام مراجعه به واحد تست بیلی پرسشنامه تکامل (فرم ASQ) تکمیل شده را همراه داشته باشید.**  **مهر و امضا پزشک** |
| **ب: پسخوراند**  **تاریخ مراجعه / / تاریخ انجام تست / /**  **نتیجه تست بیلی:**   * **در هیچیک از حیطه ها مشکلی ندارد 🞎** * **نیاز به انجام مجدد تست 🞎 تاریخ انجام تست مجدد: / /** * **مشکل در حیطه یا حیطه های: شناختی** 🞎 **درکی** 🞎 **بیانی🞎 حرکات ظریف 🞎 حرکات درشت🞎**   **اقدامات انجام شده: ..........................................................................................................................................................................................................................**  **.............................................................................................................................................................................................................................................................** |
| **فرم ارجاع وپسخوراند تست بیلی**  **الف: ارجاع**  **از مرکز /پایگاه / خانه بهداشت: .......................... تاریخ ارجاع: / /**  **به : واحد تست بیلی قائدی 🞎 واحد تست بیلی مرکز جامع تکامل 🞎**  **نا م و نام خانوادگی کودک…………………………. : تاریخ تولد: / / کد ملی : ............................**  **علت ارجاع :**  **سن حاملگی زیر 37هفته 🞎 وزن تولد زیر 2500گرم 🞎 سابقه بستری در NICU 🞎 مشکل تکاملی ( تا 42 ماهگی) 🞎**  **مشکل تکاملی بر اساس فرم ASQ تکمیل شده در حیطه / حیطه ها**  **حیطه ی شخصی اجتماعی 🞎 حیطه ی برقراری ارتباط 🞎 حیطه حل مسئله 🞎**  **حیطه حرکات ظریف 🞎 حیطه حرکات درشت 🞎 موارد کلی 🞎**  **\* آدرس و شماره تلفن واحد تست بیلی:**  **\* تاریخ مراجعه مادر به واحد تست بیلی:**  **توجه: والدین محترم در صورتیکه کودک بالای 2 ماه است هنگام مراجعه به واحد تست بیلی پرسشنامه تکامل (فرم ASQ) تکمیل شده را همراه داشته باشید.**  **مهر و امضا پزشک** |
| **ب: پسخوراند**  **تاریخ مراجعه / / تاریخ انجام تست / /**  **نتیجه تست بیلی:**   * **در هیچیک از حیطه ها مشکلی ندارد 🞎** * **نیاز به انجام مجدد تست 🞎 تاریخ انجام تست مجدد: / /** * **مشکل در حیطه یا حیطه های: شناختی** 🞎 **درکی** 🞎 **بیانی🞎 حرکات ظریف 🞎 حرکات درشت🞎**   **اقدامات انجام شده: ..........................................................................................................................................................................................................................**  **.............................................................................................................................................................................................................................................................** |