|  |
| --- |
| **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: ..........................................................................................................................................................................................................................****.............................................................................................................................................................................................................................................................** |