



KARTA KONSULTACJI PSYCHOLOGICZNYCH
w ramach projektu pt. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej w makroregionie centralnym”
„Przystanek MAMA”

data.....

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI:	PESEL
ADRES: tel.:	Płeć: _____ wiek: _____

Pacjentka (Beneficjentka): (właściwie zakreślić)

Korzystała wcześniej z pomocy psychologicznej: TAK / NIE

Korzystała wcześniej z pomocy psychiatrycznej: TAK / NIE

Czy obecnie korzysta z leczenia psychiatrycznego? TAK / NIE

Przyczyna (leczenia psychiatrycznego):

.....

.....

.....

Przyczyna zgłoszenia:

.....

.....

.....

Wynik w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej:.....

Objawy	Inne
<p>trudności, na które się skarży:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> zaburzenia snu <input type="checkbox"/> zaburzenia łaknienia <input type="checkbox"/> obniżony nastrój <input type="checkbox"/> anhedonia <input type="checkbox"/> wycofanie z kontaktów społecznych <input type="checkbox"/> zmniejszony napęd psychoruchowy <input type="checkbox"/> nieadekwatne poczucie winy <input type="checkbox"/> drażliwość <input type="checkbox"/> niepokój <input type="checkbox"/> labilność <input type="checkbox"/> myśli/zamiary suicydalne <input type="checkbox"/> myśli/zamiary agresywne <input type="checkbox"/> zachowania autoagresywne <input type="checkbox"/> lęk 	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ciągle zmęczenie, brak energii <input type="checkbox"/> trudności z uwagą, koncentracją i zapamiętywaniem <input type="checkbox"/> uczucie ciągłego wewnętrznego napięcia <input type="checkbox"/> dolegliwości bólowe (głowy, brzucha, w klatce piersiowej, nerwobóle) <input type="checkbox"/> płaczliwość <input type="checkbox"/> utrata zainteresowań, poczucie, że nic już nie cieszy <input type="checkbox"/> poczucie bezsensu, bezużyteczności, <input type="checkbox"/> niska samoocena, brak zaufania do siebie 	
<p align="center">Objawy psychotyczne</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> objawy wytwórcze: halucynacje, urojenia <input type="checkbox"/> wypowiedzi nielogiczne, niespójne <input type="checkbox"/> rozkojarzenie <input type="checkbox"/> brak dbałości o higienę <input type="checkbox"/> myśli/zamiary suicydalne <input type="checkbox"/> myśli/zamiary agresywne w stosunku do dziecka <input type="checkbox"/> inne 	



Ilość odbytych konsultacji w ramach Projektu:.....

Na konsultacje Pacjentka przyszła: sama z dzieckiem z partnerem

Działania podjęte przez psychologa:

- interwencja kryzysowa
- psychoedukacja
- opracowanie dalszej ścieżki pomocy

Czy pacjentka została skierowana na leczenie dalej? TAK / NIE

Jeśli odpowiedź TAK to gdzie:

- do lekarza psychiatry
- na psychoterapię indywidualną/ dalsze leczenie psychologiczne
- na grupę wsparcia dla matek

DOKUMENTACJA PSYCHOLOGICZNA - KARTA KONSULTACJI

Imię i nazwisko pacjentki.....

Główne tematy poruszane podczas konsultacji numer 1:

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

Data:....., podpis psychologa:.....

Główne tematy poruszane podczas konsultacji numer 2:

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

Data:....., podpis psychologa:.....

Główne tematy poruszane podczas konsultacji numer 3:

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

Data:....., podpis psychologa:.....