



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری  
دفتر مشاوره، سلامت و سبک زندگی

کارنامه سلامت روان دانشجویان

در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲

دانشجوی گرامی

پرسشنامه‌ی حاضر، همانند سال‌های گذشته توسط دفتر مشاوره و سلامت، به منظور بررسی و پیگیری وضعیت سلامت روانی اجتماعی دانشجویان و همچنین برنامه‌ریزی‌های دانشگاهی و ملی ویژه دانشجویان دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری اجرا می‌شود. براساس تعهدات حرفه‌ای روانشناسان و مشاوران محرمانه بودن پاسخ‌ها به‌طور کامل رعایت می‌شود. با توجه به اهمیت اهداف طرح، خواهشمند است سوالات زیر را مطالعه و به دقت همه آنها را پاسخ دهید. پیشاپیش از همکاری صادقانه و دقت نظر شما دانشجوی عزیز سپاسگزار می‌شود.

مشخصات عمومی دانشجو

۱- نام و نام خانوادگی:	۲- رشته تحصیلی پذیرفته شده:
۳- استان محل سکونت خانواده:	۴- شماره دانشجویی:
۵- نام دانشگاه:	۶- نام دانشکده:
۷- سن:	۸- جنسیت: (۱) مذکر <input type="checkbox"/> (۲) مونث <input type="checkbox"/>
۹- شماره تلفن همراه:	۱۰- وضعیت تاهل: (۱) مجرد <input type="checkbox"/> (۲) متاهل <input type="checkbox"/> (۳) مطلقه <input type="checkbox"/> (۴) سایر <input type="checkbox"/>
۱۱- نوع پذیرش در دانشگاه: (۱) روزانه <input type="checkbox"/> (۲) شبانه/نوبت دوم <input type="checkbox"/> (۳) پردیس خودگردان <input type="checkbox"/> (۴) سایر <input type="checkbox"/>	
۱۲- رشته گروه تحصیلی:	(۱) علوم انسانی <input type="checkbox"/> (۲) علوم پایه <input type="checkbox"/> (۳) فنی و مهندسی <input type="checkbox"/> (۴) کشاورزی و منابع طبیعی <input type="checkbox"/> (۵) هنر <input type="checkbox"/> (۶) رشته‌های پزشکی، دندانپزشکی و پیراپزشکی <input type="checkbox"/> (۷) زبان‌های خارجی <input type="checkbox"/> (۸) دامپزشکی <input type="checkbox"/>
۱۳- مقطع تحصیلی:	(۱) کاردانی <input type="checkbox"/> (۲) کارشناسی <input type="checkbox"/> (۳) کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> (۴) دکترای حرفه ای <input type="checkbox"/> (۵) دکترای تخصصی (PhD) <input type="checkbox"/>
۱۴- نوع سهمیه پذیرفته شده:	(۱) منطقه یک <input type="checkbox"/> (۲) منطقه دو <input type="checkbox"/> (۳) منطقه سه <input type="checkbox"/> (۴) خانواده شهدا <input type="checkbox"/> (۵) ایثارگران ۲۵ درصد ظرفیت <input type="checkbox"/> (۶) رزمندگان <input type="checkbox"/> (۷) ایثارگران ۵ درصد ظرفیت <input type="checkbox"/> (۸) استعدادهای درخشان <input type="checkbox"/> (۹) سایر <input type="checkbox"/>
۱۵- وضعیت بومی: (۱) دانشجوی بومی <input type="checkbox"/> (۲) دانشجوی غیر بومی <input type="checkbox"/>	
۱۶- اسکان: (۱) با خانواده <input type="checkbox"/> (۲) خوابگاه دولتی <input type="checkbox"/> (۳) خوابگاه خودگردان <input type="checkbox"/> (۴) خانه اجاره‌ای به تنهایی <input type="checkbox"/> (۵) خانه اجاره‌ای با دوستان <input type="checkbox"/> (۶) خانه اقوام <input type="checkbox"/> (۷) سایر <input type="checkbox"/>	
۱۷- رشته دبیرستانی: (۱) ریاضی <input type="checkbox"/> (۲) تجربی <input type="checkbox"/> (۳) انسانی <input type="checkbox"/> (۴) فنی حرفه ای <input type="checkbox"/> (۵) کار دانش <input type="checkbox"/> (۶) هنر <input type="checkbox"/>	
۱۸- آیا سابقه تحصیل در مدارس استعدادهای درخشان را دارید؟ (۱) خیر <input type="checkbox"/> (۲) بلی <input type="checkbox"/> (ذکر مقطع تحصیلی: .....	
۱۹- آیا سابقه کسب مقام در المپیادهای علمی، ورزشی و فرهنگی کشوری و بین‌المللی دارید؟ (۱) خیر <input type="checkbox"/> (۲) بلی <input type="checkbox"/> (نام المپیاد و کشور برگزارکننده: .....	
۲۰- به آینده‌ی شغلی رشته تحصیلی خود چقدر امیدوارید؟ (۱) خیلی کم <input type="checkbox"/> (۲) کم <input type="checkbox"/> (۳) زیاد <input type="checkbox"/> (۴) خیلی زیاد <input type="checkbox"/>	

دستورالعمل پاسخ‌دهی

پرسشنامه‌ی حاضر دربرگیرنده‌ی تعدادی عبارت است که برای توصیف نگرش‌ها، احساسات و رفتار شما نوشته شده است. این پرسشنامه شامل دو بخش است. در این پرسشنامه، پاسخ صحیح و غلط وجود ندارد. برای هر عبارت، پاسخی را انتخاب کنید که به بهترین وجه توصیف‌کننده‌ی نگرش‌ها، احساسات و رفتار شماست. لطفاً پاسخ‌های خود را با کشیدن علامت دایره دور عدد مورد نظر مشخص کنید.

هرگز یا خیلی کم	کم	نسبتاً کم	نسبتاً زیاد	زیاد	خیلی زیاد یا همیشه
۰	۱	۲	۳	۴	۵

## بخش اول

خواهشمند است عبارات زیر را با دقت بخوانید و پاسخ خود را مشخص کنید.

عبارت	هرگز یا خیلی کم	کم	نسبتاً کم	نسبتاً زیاد	زیاد	همیشه یا خیلی زیاد
۱. برای انجام وظایف تحصیلی کم انرژی هستم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۲. موقع امتحانات نگران و مضطرب می‌شوم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۳. می‌دانم نباید نگران چیزی باشم، اما نگرانم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۴. نگرانی باعث می‌شود فکرم درست کار نکند.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۵. آدم نگرانی هستم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۶. وقتی نگران می‌شوم، نمی‌توانم آن را متوقف کنم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۷. در چند ماه گذشته تجارب ناخوشایندی داشته‌ام.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۸. مشکلاتم آنقدر زیاد هستند که بیش از این نمی‌توانم در برابر آنها مقاومت کنم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۹. از زندگی‌ام لذت می‌برم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰. احساس می‌کنم فرد بی‌ارزشی هستم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱. احساس می‌کنم مضطربم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲. بی‌دلیل دلشوره دارم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳. زندگی کردن برایم بی‌ارزش است.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴. چیزهایی که واقعاً مهم نیستند موجب نگرانی من می‌شوند.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵. بی‌دلیل دچار تپش قلب می‌شوم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۶. احساس ناامیدی می‌کنم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۷. نگران هستم، انگار که قرار است اتفاق هولناکی رخ دهد.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۸. احساس غمگینی می‌کنم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۹. احساس بی‌قراری می‌کنم گویی باید مدام در حرکت باشم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۲۰. خواب‌هایی می‌بینم که مرا آشفته می‌کند.	۰	۱	۲	۳	۴	۵

## بخش دوم

لطفاً به سوالات زیر متناسب با وضعیت خودتان پاسخ دهید.

۲۱. فضای خانواده ما: (۱) گرم و صمیمی و حمایت‌کننده است <input type="checkbox"/> (۲) سرد ولی محترمانه است <input type="checkbox"/> (۳) سرد و بی‌تفاوت است <input type="checkbox"/> (۴) همراه با تنش است <input type="checkbox"/>
۲۲. والدین من: (۱) با یکدیگر زندگی می‌کنند <input type="checkbox"/> (۲) طلاق گرفته‌اند یا جدا شده‌اند <input type="checkbox"/> فوت کرده‌اند: (۳) پدر <input type="checkbox"/> (۴) مادر <input type="checkbox"/> (۵) هر دو نفر <input type="checkbox"/>
۲۳. آیا تاکنون شکست عشقی داشته‌اید؟ (۱) خیر <input type="checkbox"/> (۲) بلی <input type="checkbox"/>
۲۴. آیا تاکنون به روانپزشک مراجعه کرده‌اید؟ (۱) خیر <input type="checkbox"/> (۲) بلی <input type="checkbox"/>
۲۵. آیا در حال حاضر تحت درمان روانپزشک (دارو درمانی) هستید؟ (۱) خیر <input type="checkbox"/> (۲) بلی <input type="checkbox"/>
۲۶. آیا تاکنون به خودکشی فکر کرده‌اید؟ (۱) خیر <input type="checkbox"/> (۲) بلی <input type="checkbox"/>
۲۷. آیا تاکنون اقدام به خودکشی کرده‌اید؟ (۱) خیر <input type="checkbox"/> (۲) بلی <input type="checkbox"/>
۲۸. آیا در حال حاضر به دلیل مشکلات اقتصادی در تامین نیازهای ضروری خود دچار مشکل هستید؟ (۱) خیلی کم <input type="checkbox"/> (۲) کم <input type="checkbox"/> (۳) زیاد <input type="checkbox"/> (۴) خیلی زیاد <input type="checkbox"/>
۲۹. آیا معلولیت و یا بیماری خاصی دارید؟ (۱) خیر <input type="checkbox"/> (۲) بلی <input type="checkbox"/> (۱- نابینایی <input type="checkbox"/> ۲- ناشنوایی <input type="checkbox"/> ۳- معلولیت جسمی حرکتی <input type="checkbox"/> ۴- سایر: نام ببرید (.....))
۳۰. آیا کسی از اعضای درجه اول خانواده یا دوست صمیمی شما بر اثر ابتلا به کرونا فوت شده است؟ (۱) خیر <input type="checkbox"/> (۲) بلی <input type="checkbox"/>
۳۱. در صورت برگزاری کلاس‌های حضوری، تا چه حد نگران مبتلا شدن به کرونا هستید؟ (۱) خیلی کم <input type="checkbox"/> (۲) کم <input type="checkbox"/> (۳) زیاد <input type="checkbox"/> (۴) خیلی زیاد <input type="checkbox"/>
۳۲. در صورتی که دانشجوی خوابگاهی هستید، تا چه حد نگران مبتلا شدن به کرونا در خوابگاه هستید؟ (۱) خیلی کم <input type="checkbox"/> (۲) کم <input type="checkbox"/> (۳) زیاد <input type="checkbox"/> (۴) خیلی زیاد <input type="checkbox"/> خوابگاهی نیستم <input type="checkbox"/>
۳۳. آیا شما واکسن کرونا دریافت کرده‌اید؟ (۱) اصلاً <input type="checkbox"/> (۲) بله یک نوبت <input type="checkbox"/> (۳) بله دو نوبت <input type="checkbox"/> (۴) بله سه نوبت <input type="checkbox"/> ۵- مایل به تزریق واکسن کرونا نیستم <input type="checkbox"/>
۳۴. در ۱۲ ماه گذشته حدوداً چند بار سیگار مصرف کرده‌اید؟ (۱) اصلاً <input type="checkbox"/> (۲) یک تا دو بار <input type="checkbox"/> (۳) سه تا نه بار <input type="checkbox"/> (۴) ده بار و بیشتر <input type="checkbox"/>
۳۵. در ۱۲ ماه گذشته حدوداً چند بار قلیان مصرف کرده‌اید؟ (۱) اصلاً <input type="checkbox"/> (۲) یک تا دو بار <input type="checkbox"/> (۳) سه تا نه بار <input type="checkbox"/> (۴) ده بار و بیشتر <input type="checkbox"/>

## بخش سوم

۳۶. در یک سال تحصیلی گذشته کدام یک از مسائل آموزشی زیر برای شما ایجاد شده است؟ ۱- بیشتر از ۲ نمره کاهش معدل <input type="checkbox"/> ۲- مشروطی <input type="checkbox"/> ۳- حذف درس <input type="checkbox"/>
۴- حذف ترم <input type="checkbox"/> ۵- مرخصی تحصیلی <input type="checkbox"/> ۶- وقفه تحصیلی/عدم مراجعه <input type="checkbox"/> ۷- اتمام سنوات مجاز تحصیلی <input type="checkbox"/> ۸- هیچ کدام <input type="checkbox"/>
۳۷- تا چه حد به رشته تحصیلی‌تان علاقه دارید؟ (۱) اصلاً <input type="checkbox"/> (۲) خیلی کم <input type="checkbox"/> (۳) کم <input type="checkbox"/> (۴) زیاد <input type="checkbox"/> (۵) خیلی زیاد <input type="checkbox"/>

لطفا عبارات زیر را با دقت بخوانید و پاسخ خود را مشخص کنید.	هرگز	به ندرت	گاهی	اغلب	همیشه
۳۸. همیشه تکالیفم را از جلسه‌ای به جلسه دیگر به تعویق می‌اندازم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۹. هنگامی که مجبور باشم مقاله، کار تحقیقی یا عملی را انجام دهم، مرتب آن را به تأخیر می‌اندازم.	۱	۲	۳	۴	۵
۴۰. وقتی آماده شدن برای امتحان را به تعویق می‌اندازم، احساس بدی به من دست می‌دهد.	۱	۲	۳	۴	۵

به سئوالات این پرسشنامه با صداقت پاسخ داده‌اید؟

با تشکر از شما دانشجوی گرامی



فرم الف - مصاحبه پذیرشی مرحله دوم طرح پایش سلامت روان

ویژه دانشجویان ورودی جدید در سال ۱۴۰۱

نام و نام خانوادگی: شماره دانشجویی: مقطع تحصیلی: رشته تحصیلی: دانشکده:  
شماره تلفن: محل سکونت: نمره GP: اولویت/های پیگیری:

**بخش اول: سؤالات مصاحبه**

**کارشناس محترم لطفاً ابتدا خود را معرفی کنید و تلاش کنید قبل از طرح سؤالات با دانشجو ارتباط موثر برقرار کنید.**

سؤال ۱	آیا در زمان و مکان مناسبی برای ادامه مصاحبه قرار دارید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
در صورتی که پاسخ دانشجو خیر است زمان دیگری را برای ادامه مصاحبه مشخص کنید.....			

**هدف از تماس با دانشجو را پیگیری نتایج طرح پایش سلامت روان دانشجویان توسط مرکز مشاوره معرفی کنید.**

**مشخصات فردی ثبت شده در سامانه الکترونیک کارنامه سلامت روان را با دانشجو چک کنید.**

سؤال ۲	آیا سابقه قبلی مراجعه به روانشناس یا مشاور داشته اید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
سؤال ۳	آیا در حال حاضر تحت درمان مشاور یا روانشناس قرار دارید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
سؤال ۴	آیا قبلاً سابقه درمان دارویی داشته اید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
سؤال ۵	آیا در حال حاضر تحت درمان دارویی قرار دارید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
سؤال ۶	آیا به مرکز مشاوره مراجعه کرده و در فرایند درمان قرار گرفته اید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>

**دلیل کلی تماس با دانشجو را بدون اشاره به جزئیات پاسخ های دانشجو به سؤالات کارنامه سلامت روان ذکر کنید.**

بر اساس اولویت پیگیری دانشجو مساله را مطرح نمایید و بسته به اینکه دانشجو چه مشکلی داشته است می توانید یکی از جملات زیر را بکار ببرید:

**مثال:** بنظر می رسد که شما اخیراً بنا به دلایلی تحت استرس زیادی قرار داشته اید/ متوجه شده ایم که یکی از اعضای خانواده شما بر اثر ابتلا به کرونا فوت کرده اند و ....

سؤال ۷	در مجموع الان حالتون (خلق و روحیه) چگونه؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
با توجه به اولویت پیگیری، عملکرد کلی دانشجو را در هفته های اخیر و نظر وی را در مورد وضعیت فعلی اش سؤال کنید و نتیجه را به صورت خلاصه در کادر زیر ثبت کنید.			

**بخش دوم: نتیجه مصاحبه و نظر کارشناس**

۱- کارشناس مشخص کند که آیا فکر جدی خودکشی و یا خطر اقدام به خودکشی وجود دارد؟ توضیح: .....	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲- آیا کارشناس پیگیری کننده، مشکل شناسایی شده و نیاز به مصاحبه و پیگیری بیشتر (مرحله سوم) را تأیید می کند؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>

**در صورتی که نیاز به مصاحبه و پیگیری بیشتر تأیید می شود، فرایند کار را برای دانشجو توضیح دهید و بر حسب مشکل شناسایی شده دانشجو، یک مشاور/ روانشناس / مددکار اجتماعی به دانشجو معرفی و تعیین وقت کنید.**

۳- آیا دانشجو با پیگیری مشکل توسط مرکز مشاوره و یا شرکت در مصاحبه (مرحله سوم) موافق است؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
تلاش کنید که در هر حالتی مصاحبه اولیه با یک پایان خوب خاتمه یابد و اطلاعات لازم در مورد نحوه استفاده از خدمات مرکز مشاوره در اختیار دانشجو قرار گیرد. در صورت مخالفت دانشجو برای همکاری، حتماً دلیل مخالفت دانشجو سؤال و در قسمت زیر ثبت شود.		
۴- دلیل عدم تمایل دانشجو به پیگیری توسط مرکز مشاوره:		

تاریخ مصاحبه پذیرشی: ..... / ..... / ۱۴۰۱ ساعت: .....:..... نحوه مصاحبه: تلفنی  حضوری  نام کارشناس مصاحبه کننده (پذیرشی): ..... تخصص: .....

<b>تعیین نوبت برای مصاحبه تشخیصی:</b> آیا تعیین وقت و هماهنگی برای انجام مرحله ب پیگیری انجام شده است؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
نام مصاحبه کننده تعیین وقت شده: ..... وقت تعیین شده تاریخ: ..... / ..... / ۱۴۰۱ ساعت: .....:..... زمان نهایی انجام مصاحبه MINI تاریخ: ..... / ..... / ۱۴۰۱ ساعت: .....:.....		

**نتیجه نهایی مرحله سوم (مصاحبه تشخیصی - درمانی):** (این قسمت بعداً توسط درمانگری که مصاحبه تشخیصی درمانی را انجام می دهد تکمیل شود).

- ۱- جلسه مصاحبه تشخیصی - درمانی برگزار نشد
- ۲- مصاحبه انجام شد و مشکل خاصی برای ادامه درمان مشاهده نشد
- ۳- مشکل غیربالیینی وجود دارد و در فرایند پیگیری و درمان قرار گرفت
- ۴- مشکل روانشناختی وجود دارد و لازم است دانشجو در فرایند درمان قرار گیرد

**خلاصه نتیجه مصاحبه و مشکلات / اختلالات تأیید شده:**

فرم ب- مصاحبه پذیرشی مرحله دوم طرح پایش سلامت روان

ویژه دانشجویان شاغل به تحصیل در سال ۱۴۰۱

نام و نام خانوادگی: شماره دانشجویی: مقطع تحصیلی: رشته تحصیلی: دانشکده:  
شماره تلفن: محل سکونت: نمره GP: اولویت/های پیگیری:

**بخش اول: سئوالات مصاحبه**

**کارشناس محترم لطفاً ابتدا خود را معرفی کنید و تلاش کنید قبل از طرح سئوالات با دانشجو ارتباط موثر برقرار کنید.**

سؤال ۱	آیا در زمان و مکان مناسبی برای ادامه مصاحبه قرار دارید؟ در صورتی که پاسخ دانشجو خیر است زمان دیگری را برای ادامه مصاحبه مشخص کنید.....	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
<b>هدف از تماس با دانشجو را پیگیری نتایج طرح پایش سلامت روان دانشجویان توسط مرکز مشاوره معرفی کنید.</b>			
<b>مشخصات فردی ثبت شده در سامانه الکترونیک کارنامه سلامت روان را با دانشجو چک کنید.</b>			
سؤال ۲	آیا قبلاً سابقه مراجعه به مرکز مشاوره (پرونده قبلی در مرکز مشاوره) داشتید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
سؤال ۳	آیا در حال حاضر یا در چند ماه گذشته تحت درمان (دارویی و غیر دارویی) در مرکز مشاوره و یا خارج از مرکز بودید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
سؤال ۴	آیا در زمان ورود به دانشگاه نیز در طرح پایش سلامت روان دانشجویان جدیدالورود شرکت کردید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
سؤال ۵	آیا در آن زمان (به دلیل قرار گرفتن در یکی از اولویت های پیگیری) به مرکز مشاوره دعوت شدید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
سؤال ۶	آیا به مرکز مشاوره مراجعه کرده و در فرایند درمان قرار گرفته اید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
<b>دلیل کلی تماس با دانشجو را بدون اشاره به جزئیات پاسخ های دانشجو به سئوالات کارنامه سلامت روان ذکر کنید.</b> بر اساس اولویت پیگیری دانشجو مساله را مطرح نمایید و بسته به اینکه دانشجو چه مشکلی داشته است می توانید یکی از جملات زیر را بکار ببرید: <b>مثال:</b> بنظر می رسد که شما اخیراً بنا به دلایلی تحت استرس زیادی قرار داشته اید/ متوجه شده ایم که یکی از اعضای خانواده شما بر اثر ابتلا به کرونا فوت کرده اند و ...			
سؤال ۷	در مجموع الان حالتون (خلق و روحیه) چطوره؟ با توجه به اولویت پیگیری، عملکرد کلی دانشجو را در هفته های اخیر و نظری را در مورد وضعیت فعلی اش سوال کنید و نتیجه را به صورت خلاصه در کادر زیر ثبت کنید.	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>

**بخش دوم: نتیجه مصاحبه و نظر کارشناس**

۱- کارشناس مشخص کند که آیا فکر جدی خودکشی و یا خطر اقدام به خودکشی وجود دارد؟ توضیح: .....	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲- آیا کارشناس پیگیری کننده، مشکل شناسایی شده و نیاز به مصاحبه و پیگیری بیشتر (مرحله سوم) را تأیید می کند؟ در صورتی که نیاز به مصاحبه و پیگیری بیشتر تأیید می شود، فرایند کار را برای دانشجو توضیح دهید و بر حسب مشکل شناسایی شده دانشجو، یک مشاور / روانشناس / مددکار اجتماعی به دانشجو معرفی و تعیین وقت کنید.	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۳- آیا دانشجو با پیگیری مشکل توسط مرکز مشاوره و یا شرکت در مصاحبه (مرحله سوم) موافق است؟ تلاش کنید که در هر حالتی مصاحبه اولیه با یک پایان خوب خاتمه یابد و اطلاعات لازم در مورد نحوه استفاده از خدمات مرکز مشاوره در اختیار دانشجو قرار گیرد. در صورت مخالفت دانشجو برای همکاری، حتماً دلیل مخالفت دانشجو سنوال و در قسمت زیر ثبت شود. ۴- دلیل عدم تمایل دانشجو به پیگیری توسط مرکز مشاوره:	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
تاریخ مصاحبه پذیرشی: ..... / ..... / ۱۴۰۱ ساعت: ..... نحوه مصاحبه: تلفنی <input type="checkbox"/> حضوری <input type="checkbox"/> نام کارشناس مصاحبه کننده (پذیرشی): ..... تخصص: .....		
<b>تعیین نوبت برای مصاحبه تشخیصی: آیا تعیین وقت و هماهنگی برای انجام مرحله ب پیگیری انجام شده است؟</b>		
نام مصاحبه کننده تعیین وقت شده: ..... وقت تعیین شده تاریخ: ..... / ..... / ۱۴۰۱ ساعت: ..... زمان نهایی انجام مصاحبه MINI تاریخ: ..... / ..... / ۱۴۰۱ ساعت: .....:		
<b>نتیجه نهایی مرحله سوم (مصاحبه تشخیصی-درمانی):</b> (این قسمت بعداً توسط درمانگری که مصاحبه تشخیصی درمانی را انجام می دهد تکمیل شود).		
۱- جلسه مصاحبه تشخیصی-درمانی برگزار نشد <input type="checkbox"/>		
۲- مصاحبه انجام شد و مشکل خاصی برای ادامه درمان مشاهده نشد <input type="checkbox"/>		
۳- مشکل غیربالیینی وجود دارد و در فرایند پیگیری و درمان قرار گرفت <input type="checkbox"/>		
۴- مشکل روانشناختی وجود دارد و لازم است دانشجو در فرایند درمان قرار گیرد <input type="checkbox"/>		
<b>خلاصه نتیجه مصاحبه و مشکلات / اختلالات تأیید شده:</b>		





E- اختلال وحشت زدگی

E7	E6	E5	E4											E3	E2	E1				
			m	l	k	j	i	h	g	f	e	d	c	b	a			b	a	
																				خیر
																				بلی

G- اختلال وسواسی-اجباری

G6	G5	G4	G3	G2	G1	
						خیر
						بلی

F- اختلال اضطراب اجتماعی

F4	F3	F2	F1	
				خیر
				بلی

H- اختلال اضطراب فراگیر

H3						H2	H1		
f	e	d	c	b	A		B	a	
									خیر
									بلی

جدول ثبت نتیجه ارزیابی شدت ناتوانی یا اختلال در عملکرد

حوزه های سنجش ناتوانی یا اختلال در کارکرد												
نمره کل	-۱۲	-۱۱	-۱۰	-۹	-۸	-۷	-۶	-۵	-۴	-۳	-۲	-۱
	تأثیر گذاری...	اقتصادی...	حرکتی...	خودمراقبتی...	پرخاشگری...	ارتباطی...	سازگاری...	معنوی...	اجتماعی...	خانواده...	شغلی...	تحصیلی...

تشخیص نهایی

دانشجو کدامیک از تشخیص (های) زیر را گرفته است با علامت تیک در ستون بلی مشخص کنید.

خیر	بلی	تشخیص	طبقه تشخیصی
		دوره افسردگی اساسی	A
		دوره افسردگی بازگشتی	
		افسرده خوینی	B
		تمایل به خودکشی	C
		<b>نمره دریافتی خطر خودکشی:</b>	
		دوره هیپومانیا	D
		دوره مانیا	
		اختلال وحشت زدگی گذشته	E
		اختلال وحشت زدگی فعلی	
		اختلال اضطراب اجتماعی	F
		اختلال وسواسی اجباری	G
		اختلال اضطراب فراگیر	H
		موارد ذکر شده در مشاهدات بالینی خاص	سایر

مشاهدات بالینی خاص:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

نام مصاحبه کننده:

تاریخ مصاحبه: