

|                 |        |                     |
|-----------------|--------|---------------------|
| نام مصرف کننده: | # UCI: | تاریخ بررسی سالانه: |
|-----------------|--------|---------------------|

( پرونده با بررسی سالانه در سابقه مصرف کننده )

1. بررسی وضعیت سلامت عمومی مصرف کننده در تاریخ تکمیل شد \_\_\_\_\_.

**خلاصه بررسی وضعیت سلامت**

(به هر گونه نگرانی توجه کنید و مشخص کنید که آیا ارجاعی به پزشکان مراکز منطقه ای، پزشک مصرف کننده یا سایر منابع بهداشتی صورت گرفته است. )

2. تیم برنامه ریزی IPP، مصرف کننده را با تاریخ بررسی کرده است \_\_\_\_\_، و تشخیص داده است که هیچ خدمات یا پشتیبانی جدیدی مورد نیاز نیست، و IPP برای رفع نیازها و خواسته های مصرف کننده مناسب است. توضیح دهید که چرا هیچ تغییری در IPP فعلی لازم نیست

3. تیم برنامه ریزی IPP، مصرف کننده را با تاریخ بررسی کرده است \_\_\_\_\_، و IPP را اصلاح کرد تا شامل سرویس (های) یا پشتیبانی جدید زیر باشد.

4. تیم برنامه ریزی IPP، مصرف کننده را با تاریخ بررسی کرده است \_\_\_\_\_، و تشخیص داد که هیچ تغییری لازم نیست.

5. تیم برنامه ریزی IPP، مصرف کننده را بررسی کرده است \_\_\_\_\_، و یک CDER به روز شده جدید در تاریخ تکمیل شد \_\_\_\_\_.

**امضاهای تیم برنامه ریزی IPP**

|                                        |               |
|----------------------------------------|---------------|
| امضای مصرف کننده:                      | تاریخ:        |
| نام هماهنگ کننده خدمات (لطفا چاپ کنید) | امضا : تاریخ: |
| نام:                                   | امضا : تاریخ: |
| نام:                                   | امضا : تاریخ: |