

فرم معرفی نامه کودکان اختلال طیف اوتیسم به مراکز توانبخشی

مرکز توانبخشی

سرکار خانم / جناب آقای

با سلام و احترام

کودک با مشخصات ذیل جهت دریافت خدمات توانبخشی - آموزشی معرفی می گردد :

نام و نام خانوادگی : جنس : ☐ پسر ☐ دختر تاریخ تولد: / /

کد ICF : تشخیص نهایی:

سطح اختلال اوتیسم : ☐ سطح ۱ ☐ سطح ۲ ☐ سطح ۳

اختلال همراه : ☐ ندارد ☐ دارد (ذکر اختلال همراه:)

توضیحات:

نوع و تعداد جلسات درمانی مجاز براساس جدول ذیل می باشد :

سطح اختلال	اختلال اوتیسم سطح ۱	اختلال اوتیسم سطح ۲	اختلال اوتیسم سطح ۳
خدمات توانبخشی مورد نیاز	☐ کاردرمانی: ۵ جلسه در ماه	☐ کاردرمانی: ۸ جلسه در ماه	☐ کاردرمانی: ۴ جلسه در ماه
	☐ گفتاردرمانی: ۴ جلسه در ماه	☐ گفتاردرمانی: ۸ جلسه در ماه	☐ گفتاردرمانی: ۳ جلسه در ماه
	☐ رفتاری- آموزشی: ۴ جلسه در ماه	☐ رفتاری- آموزشی: ۸ جلسه در ماه	☐ رفتاری- آموزشی: ۴ جلسه در ماه
	☐ مشاوره‌ای- حمایتی: ۱ جلسه در ماه	☐ مشاوره‌ای- حمایتی: ۱ جلسه در ماه	☐ مشاوره‌ای- حمایتی: ۴ جلسه در ماه
	☐ شنوایی شناسی: سالانه ۲ ویزیت	☐ شنوایی شناسی: سالانه ۲ ویزیت	☐ شنوایی شناسی: سالانه ۱ ویزیت
	☐ بینایی سنجی: سالانه ۱ ویزیت	☐ بینایی سنجی: سالانه ۱ ویزیت	☐ بینایی سنجی: سالانه ۱ ویزیت

مهر و امضاء پزشک

تاریخ