

КАРТКА
психологічного супроводження отримувача послуг
із психологічної допомоги

1. Загальні відомості:

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності):

Вік: _____ Сімейний стан: _____ Діти: _____

Освіта: _____ Кількість років навчання: _____

Діяльність: _____ Інвалідність _____

Контактний телефон: _____

Термін курсу психологічної допомоги з _____ по _____

Статус: ветеран війни особа, яка має особливі заслуги перед Батьківщиною *члени сімей
особи, яка має особливі заслуги перед Батьківщиною постраждалий учасник Революції
Гідності член сім'ї загиблого (померлого) ветерана війни члени сім'ї загиблого (померлого)
Захисника та Захисниці України ** військовослужбовець _____

Тривалість перебування в зоні бойових дій: з _____ по _____

Перебування під обстрілами, в полоні _____

Травми голови (дія вибухової хвилі) _____

Інші поранення _____

Звернення до психологів _____

Проходження психологічної допомоги раніше (дата, місце) _____

2. Запит (словами отримувача послуг)

3. Скарги:

Тілесні прояви:	Емоційний стан:
<input type="checkbox"/> головні болі	<input type="checkbox"/> підвищена тривожність, страх
<input type="checkbox"/> посилене серцебиття	<input type="checkbox"/> дратівливість або спалахи гніву, агресія
<input type="checkbox"/> підвищений чи понижений артеріальний тиск	<input type="checkbox"/> немотивована пильність
<input type="checkbox"/> потіння	<input type="checkbox"/> надмірні полохливі реакції
<input type="checkbox"/> судоми	<input type="checkbox"/> апатія, байдужість
<input type="checkbox"/> нудота	<input type="checkbox"/> відчуття туги, смутку, депресії
<input type="checkbox"/> запаморочення, непритомність	<input type="checkbox"/> втрата інтересу до життя, радощів
<input type="checkbox"/> тремтіння, поколювання в пальцях	<input type="checkbox"/> відчуття самотності
<input type="checkbox"/> відчуття напруги м'язів	<input type="checkbox"/> відчуженість

Тілесні прояви:	Емоційний стан:
<input type="checkbox"/> підвищена втомлюваність	<input type="checkbox"/> почуття провини
<input type="checkbox"/> відчуття слабкості	<input type="checkbox"/> почуття образи
<input type="checkbox"/> неспроможність розслабитися	<input type="checkbox"/> власна неспроможність
<input type="checkbox"/> біль в різних частинах тіла	<input type="checkbox"/> проблеми переживання позитивних емоцій
<input type="checkbox"/> втрата/підвищення ваги	<input type="checkbox"/> незадоволення собою, оточуючими
Поведінкові прояви:	Когнітивні прояви:
<input type="checkbox"/> втрата апетиту, переїдання	<input type="checkbox"/> проблеми з пам'яттю, забудькуватість
<input type="checkbox"/> порушення сну, погані сни, кошмари	<input type="checkbox"/> повторне переживання подій («спалахи»)
<input type="checkbox"/> уповільнена/прискорена мова	<input type="checkbox"/> нав'язливі думки, спогади, флешбеки
<input type="checkbox"/> труднощі в спілкуванні	<input type="checkbox"/> перевага негативних думок
<input type="checkbox"/> підвищена конфліктність, імпульсивність	<input type="checkbox"/> порушення логіки
<input type="checkbox"/> уникнення думок і почуттів	<input type="checkbox"/> порушення абстрактного мислення
<input type="checkbox"/> уникнення всього, що нагадує про травму	<input type="checkbox"/> часті помилки, неуважність
<input type="checkbox"/> проблеми в сім'ї (спілкування, взаємодія)	<input type="checkbox"/> труднощі із концентрацією уваги
<input type="checkbox"/> соціальна самоізоляція	<input type="checkbox"/> самозвинувачення або звинувачення інших
<input type="checkbox"/> низька продуктивність діяльності	<input type="checkbox"/> роздуми про помсту
<input type="checkbox"/> сексуальна дисфункція	<input type="checkbox"/> роздуми про відновлення справедливості
<input type="checkbox"/> зловживання алкоголем, наркотичними засобами, психотропними речовинами чи прекурсорами	<input type="checkbox"/> втрата сенсу життя

4. Суїцид/гоміцид (шкода собі / шкода іншим)

- Отримувач послуг заперечує думки про суїцид в минулому чи зараз
- У отримувача послуг зараз суїцидальні думки
- У отримувача послуг є план нашкодити собі/іншим.

Перерахуйте іншу інформацію, що стосується зазначеної вище (особливості думок про суїцид/гоміцид, план, засоби, сімейну історію, а також будь-який план безпеки, який може бути втілений)

5. Протокол діагностичного обстеження

Психодіагностична методика	Результат до початку психологічної допомоги	Інтерпретація	Результат після закінчення психологічної допомоги	Інтерпретація

Шкала інтенсивності стресу (наскільки симптоми і переживання заважають нормальному функціонуванню у повсякденному житті - суб'єктивна оцінка)

на вході

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

на виході

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Психологічні/психотерапевтичні інтервенції

Форма роботи	Кількість консультацій
Психодіагностика	
Психологічне консультування	
Психотерапія	
Арт-терапія	

Висновки:

Рекомендації:

Висновок-прогноз:

Надавач послуг _____

(дата)_____
(власне ім'я, прізвище фахівця з надання послуг)_____
(підпис)

Ознайомлено:

(дата)_____
(власне ім'я, прізвище фахівця з надання послуг)_____
(підпис)

** члени сімей особи, яка має особливі заслуги перед Батьківщиною (дружина (чоловік), малолітні, неповнолітні та повнолітні діти і батьки) ;*

*** На період воєнного стану та протягом трьох місяців після його припинення або скасування до отримувачів послуг належать також військовослужбовці (резервісти, військовозобов'язані, добровольці Сил територіальної оборони) Збройних Сил, Національної гвардії, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, СБУ, Служби зовнішньої розвідки, Держприкордонслужби, Держспецтрансслужби, військовослужбовці військових прокуратур, поліцейські, особи рядового та начальницького складу служби цивільного захисту, Державної кримінально-виконавчої служби, військовослужбовці Управління державної охорони, Держспецзв'язку, співробітники Служби судової охорони, які брали безпосередню участь у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, та члени їх сімей (дружина (чоловік), малолітні, неповнолітні та повнолітні діти і батьки).*

**Заступник директора Департаменту
забезпечення переходу від військової
служби до цивільного життя**

Ігор КОСТРІКОВ



СЕД АСКОД - Міністерство у справах ветеранів України

№ документа: 331

Дата реєстрації: 14.12.2023

Сертифікат: 5E984D526F82F38F04000000750EF0002C3F8604

Дійсний з: 27.10.2023 14:26:38

Дійсний до: 26.10.2024 23:59:59

Підписувач: КОСТРІКОВ ІГОР ВІКТОРОВИЧ

Мітка часу: 14.12.2023 23:09:17