|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **خطة منع الانتكاس / خطة التبي ه** | | |
| **الاسم** | | **نوقشت آخر مرة** |
| **رقم الهاتف** | |  |
| **الضغوطات / الأسباب** | | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **المرحلة المستقلة والمحايدة** | | |
| **ماذا ألاح ظ** | **ماذا يمكنني ان أفعل** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **أول إشارات ممكن ة كآبة** | | |
| **ماذا ألاح ظ** | **ماذا يمكنني ان أفعل** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **ماذا يلاحظ الاخرو ن** | **ما الذي يمكن أن يفعله الاخرو ن** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **الخفيفة مكتئب المرحلة** | | |
| **ماذا ألاح ظ** | **ماذا يمكنني ان أفعل** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **ماذا يلاحظ الاخرو ن** | **ما الذي يمكن أن يفعله الاخرو ن** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **المتوسطة مكتئب المرحلة** | | |
| **ماذا ألاح ظ** | **ماذا يمكنني ان أفعل** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **ماذا يلاحظ الاخرو ن** | **ما الذي يمكن أن يفعله الاخرو ن** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **الشديدة مكتئب المرحلة** | | |
| **ماذا ألاح ظ** | **ماذا يمكنني ان أفعل** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **ماذا يلاحظ الاخرو ن** | **ما الذي يمكن أن يفعله الاخرو ن** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **أول إشارات ممكن ة هوس** | | |
| **ماذا ألاح ظ** | **ماذا يمكنني ان أفعل** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **ماذا يلاحظ الاخرو ن** | **ما الذي يمكن أن يفعله الاخرو ن** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **الخفيفة مهووس المرحلة** | | |
| **ماذا ألاح ظ** | **ماذا يمكنني ان أفعل** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **ماذا يلاحظ الاخرو ن** | **ما الذي يمكن أن يفعله الاخرو ن** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **المتوسطة مهووس المرحلة** | | |
| **ماذا ألاح ظ** | **ماذا يمكنني ان أفعل** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **ماذا يلاحظ الاخرو ن** | **ما الذي يمكن أن يفعله الاخرو ن** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **الشديدة مهووس المرحلة** | | |
| **ماذا ألاح ظ** | **ماذا يمكنني ان أفعل** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **ماذا يلاحظ الاخرو ن** | **ما الذي يمكن أن يفعله الاخرو ن** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **الأرقام الهاتفية المهم ة** | | |
| **فرد من العائلة** | **ممرض او ممرضة** | |
| **فرد من العائلة** | **طبيب نفس ي** | |
| **طبيب** | **مركز الممارسة العامة )طبيب منزلي** | |