|  |
| --- |
| C:\Users\tugba.celik1.AILE\Desktop\Karışık İş\Arma kullanımı.png**AFET PSİKOSOSYAL DESTEK GRUBU BİREY GÖRÜŞME TAKİP ve SONLANDIRMA FORMU (PSD-BT)** |
| **FORM BİLGİLERİ**  |
| PSD-B No:*(Veri Birimi tarafından* *verilmiş olmalıdır)* | Bireyle Yapılan Toplam Görüşme Sayısı: | Formun Düzenlenme Tarihi: |
| Görüşülen kişinin adı soyadı  |   |
| Adres ve iletişim bilgilerinde değişiklik var mı? ( ) Evet ( ) Hayır | Güncel adresi:  | Güncel telefonu: |
|  **1. BİREYSEL GÖRÜŞMENİN MEVCUT DURUMU***Bireysel görüşmenin genel gidişatına yönelik uygun seçeneği işaretleyiniz. Sürecinin yarım kalması durumunda uygun seçeneği işaretleyiniz ve yarım kalma nedenini “Görüşmenin Değerlendirilmesi” bölümünde açıklayınız.* |
|  ( ) Müdahale süreci devam ediyor. |  |
|  ( ) Müdahale süreci yarım kaldı *(Uygun olanı işaretleyiniz)* | ( ) Kişi süreci yarım bıraktı *(Nedenini görüşmenin değerlendirilmesi bölümünde belirtiniz)*( ) Uzman/meslek elemanı değişikliği *(Nedenini görüşmenin değerlendirilmesi bölümünde belirtiniz)*( ) Diğer *(Belirtiniz)* |
|  ( ) Müdahale süreci tamamlandı. |  |
|  **2. GÖRÜŞMENİN SÜRECİ***Bu bölümde gerçekleştirdiğiniz görüşmelerde kullandığınız yaklaşımlar/ekoller ya da müdahale yöntemlerine ilişkin bilgi veriniz. Gerektiğinde birden fazla seçeneği işaretleyiniz. Aşağıdaki seçeneklerden farklı bir yöntem/teknik kullanıyorsanız uygun bölüme belirtiniz.* |
| **Kullanılan Yaklaşımlar/Ekoller** *(Çoktan seçmeli)* | **Kullanılan Müdahale Yöntemleri (Çoktan seçmeli)** |
| ( ) Bilişsel Davranışçı Terapi  | ( ) Nefes egzersizi/Gevşeme Egzersizi/Beden Taraması |
| ( ) Çözüm Odaklı Terapi | ( ) 'Şimdi ve Burada' ya Getirme Teknikleri/Topraklama |
| ( ) Oyun Terapisi | ( ) Güvenli Yer |
| ( ) Sanatla Terapi | ( ) Duygu Sağaltımı |
| ( ) EMDR | ( ) Psikoeğitim |
| ( ) İlaçla tedavi *(Psikiyatri görüşmeleri için)* | ( ) Ebeveyn Danışmanlığı |
| ( ) Diğer *(Belirtiniz)* | ( ) Problem Çözme Becerisi Kazandırma |
|   | ( ) Diğer *(Belirtiniz)* |
| **GÖRÜŞME DEĞERLENDİRİLMESİ***Görüşme yapılan kişi ile sürecin devam etmesi durumunda; kişinin psikolojik destek almasını gerektiren sebepleri, görüşmelerde kullanılan yaklaşımlar/tekniklerle ulaşılmak istenen hedefler ve kazanımların neler olduğu, kullandığınız müdahale araçlarının kişiye ne gibi bir etkisi olduğu ve hedeflenen amaçlara ulaşılıp ulaşılmadığı, psikolojik destek dışında başka bir hizmete/yönlendirmeye ihtiyaç duyulup duyulmadığını açıklayınız.**Eğer görüşme süreci tamamlandıysa kişinin bütün bireysel görüşme sürecini aktarınız. Kişinin psikolojik destek almasını gerektiren sebepleri, görüşmelerde kullanılan yaklaşımlar/tekniklerle ulaşılmak istenen hedefler ve kazanımların neler olduğu, kullandığınız müdahale araçlarının kişiye ne gibi bir etkisi olduğu ve hedeflenen amaçlara ulaşılıp ulaşılmadığı, psikolojik destek dışında başka bir hizmete/yönlendirmeye ihtiyaç duyulup duyulmadığını açıklayınız. Psikiyatri uzmanı tarafından yapılan görüşmelerde ise varsa kullanılan ilaçların adı/dozu, hangi tarihten itibaren ilaç kullandığı, kişinin ilaca verdiği tepkiler vb. gibi bilgileri açıklayınız. Görüşmenin yarım kalması durumunda neden yarım kaldığını açıklayınız.* |
|  |
| **4. RUH SAĞLIĞI UZMANI/MESLEK ELEMANI BİLGİLERİ** |
| Adı Soyadı | **İmza**  |
| Mesleği |
| Çalıştığı Kurum ve İli |
| Telefon ve E-posta |