

Patient / Guardian Details		Patient Overview																							
Patient Name		Diagnoses	<input type="checkbox"/> Schizophrenia	Date:	Family History	Epilepsy <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown Mental illness <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown Behavioural problems <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown																			
Sex, DOB	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> DOB/Age:		<input type="checkbox"/> Mood (Affective) Disorder	Date:																					
Physical Address			<input type="checkbox"/> Mood (Affective) Disorder	Date:																					
	Near:		<input type="checkbox"/> Acute & Transient Psychotic	Date:																					
Phone No.			<input type="checkbox"/> Schizoaffective Disorder	Date:																					
Marital Status	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed		<input type="checkbox"/> Anxiety Disorder	Date:																					
Occupation		<input type="checkbox"/> Organic Mental Disorder (acute)	Date:	TB: <input type="checkbox"/> Smear Pos <input type="checkbox"/> Smear Neg <input type="checkbox"/> EPTB Year _____ <input type="checkbox"/> Never had TB Alcohol: <input type="checkbox"/> Current <input type="checkbox"/> Past <input type="checkbox"/> Never # years: _____ Date last use: _____ Marijuana: <input type="checkbox"/> Current <input type="checkbox"/> Past <input type="checkbox"/> Never # years: _____ Date last use: _____																					
Guardian Name		<input type="checkbox"/> Organic Mental Disorder	Date:																						
	Relation to patient:	<input type="checkbox"/> Drug Use Mental Disorder	Date:																						
Guardian Phone No.		<input type="checkbox"/> Alcohol Use Mental Disorder	Date:																						
Agrees to FUP	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Other, specify: _____	Date:																						
CHW Name:																									
		Patient History & Exposures	HIV: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> NR		ART	Other drug: _____ <input type="checkbox"/> Current <input type="checkbox"/> Past <input type="checkbox"/> Never # years: _____ Date last use: _____ Traditional Medicine: <input type="checkbox"/> Current <input type="checkbox"/> Past <input type="checkbox"/> Never # years: _____ Date last use: _____																			
			Date tested: _____				Start Date:																		
			Presenting Features																						
			<input type="checkbox"/> Hallucination	Date:																					
			<input type="checkbox"/> Delusions	Date:																					
			<input type="checkbox"/> Disorganised/disruptive behaviour	Date:																					
		<input type="checkbox"/> Disorganised speech	Date:																						
		<input type="checkbox"/> Depressive symptoms	Date:																						
		<input type="checkbox"/> Other, specify: _____	Date:																						
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5" style="text-align: center;">Hospitalization History</th> </tr> <tr> <th style="width:15%;">Date of Discharge</th> <th style="width:10%;">Length of Stay days</th> <th style="width:15%;">Reason for Admission</th> <th style="width:15%;">Discharge Diagnosis</th> <th style="width:15%;">Discharge Medications</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				Hospitalization History					Date of Discharge	Length of Stay days	Reason for Admission	Discharge Diagnosis	Discharge Medications										
Hospitalization History																									
Date of Discharge	Length of Stay days	Reason for Admission	Discharge Diagnosis	Discharge Medications																					
Outcome: Discharge / Default / Stop Tx / Transfer Out / Death Date:																									

Date	Height (cm)	Weight (kg)	PHQ 9 score	History and Mental Status Examination: <i>Assess for the following symptoms</i>										Substance Use		Family Planning		Suicide risk?	Medication Side effects?	Hospitalised since last Visit due to this condition?	counseling provided	Treatment Details: <i>Write dosage and Frequency</i>								Next Appt date	
				Depressed Mood	Elevated Mood	Disruptive Behaviour	Disorganised Speech	Delusions	Hallucinations	Lack of Insight	Other: specify in notes section	Patient Stable?	Able to do activities of daily living?	Marijuana	Alcohol	Pregnant?	On Family Planning?					Chlorpromazine (CPZ)	Haloperidol	Fluphenazine	Carbamazepine	Sodium Valproate	Risperidone	Fluoxetine	Other: specify in notes section		
				Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	<input type="checkbox"/>	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	
				Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	<input type="checkbox"/>	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	
				Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	<input type="checkbox"/>	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	
				Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	<input type="checkbox"/>	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	
				Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	<input type="checkbox"/>	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	
				Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	<input type="checkbox"/>	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	
				Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	<input type="checkbox"/>	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	
				Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	<input type="checkbox"/>	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	
				Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	<input type="checkbox"/>	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	
				Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	<input type="checkbox"/>	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	
				Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	<input type="checkbox"/>	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	
				Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	<input type="checkbox"/>	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	Freq	

Notes:
