

فرم خلاصه نتایج مراقبت های دوره ای وضعیت سلامت دانش آموزان در سال تحصیلی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی		شهرستان:		پایگاه خدمات جامع سلامت / خانه بهداشت:	
نام و نام خانوادگی:		نام پدر:		نام مادر:	
جنس: ☐ پسر ☐ دختر		تاریخ تولد:		کد ملی:	
دست قلب: ☐ راست ☐ چپ		آدرس محل سکونت:		تلفن ثابت:	
		تلفن همراه:			
نتایج معاینات مقدماتی					
وزن (kg) قد (cm) BMI		وضعیت شنوایی: ☐ مشکل گوش راست دارد ☐ ندارد ☐ مشکل گوش چپ دارد ☐ ندارد ☐			
وضعیت نمایه توده بدنی: ☐ لاغری شدید ☐ لاغر ☐ طبیعی ☐ اضافه وزن ☐ چاق ☐		وضعیت دهان و دندان: ☐ مشکل دندان: دارد ☐ ندارد ☐ ۲ التهاب لثه: دارد ☐ ندارد ☐			
وضعیت بینایی: ☐ مشکل چشم راست دارد ☐ ندارد ☐ ۲ مشکل چشم چپ دارد ☐ ندارد ☐		۳ جرم دندان: دارد ☐ ندارد ☐			
وضعیت واکسیناسیون: کارت واکسن: دارد ☐ ندارد ☐ (در صورت عدم کارت واکسن، واکسیناسیون از ابتدا آغاز شده و کارت واکسن صادر شود).		تاریخ مهر و امضای مسئول پایگاه سلامت / خانه بهداشت			
وضعیت واکسیناسیون از بدو تولد تا ۶ سالگی: کامل ☐ ناقص ☐ ، نوع و نوبت واکسن های ناقص:					
در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل: نیاز به نظر پزشک جهت اتمام واکسیناسیون: دارد ☐ ندارد ☐					
واکسن دوگانه (توأم) بزرگسال (۱۶-۱۴ سالگی): دریافت کرده است ☐ دریافت نکرده است ☐ ، تاریخ تلقیح:					
نتایج معاینات پزشک عمومی					
از دقتش آموز معاینه به عمل آمد، مشکوک/ مبتلا به اختلال/ بیماری نمی باشد ☐ می باشد ☐ ، نوع اختلال/ بیماری (بر اساس کد ICD):					
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک: داروهای مصرفی:					
نیاز به پیگیری: ندارد ☐ دارد ☐ پیگیری مورد نیاز: نیاز به ارجاع تخصصی: ندارد ☐ دارد ☐					
بیماری نیازمند مراقبت ویژه: ندارد ☐ دیابت ☐ ، سرع ☐ ، بیماری قلبی عروقی ☐ ، آسم ☐ ، هموفیلی ☐ ، تالاسمی ☐ ، سرطان ☐ ، PKU ☐ ، اختلال روحپریشکی ☐					
نیاز به ارزیابی تکمیلی تخصصی ندارد ☐ دارد ☐ ، نیازمند ارجاع به می باشد. نتیجه ارجاع:					
از نظر وضعیت دهان و دندان: نیاز به ارجاع: ندارد ☐ دارد ☐ ، برای دریافت خدمت وارنیش فلورایدتراپی: ارجاع شد(با رضایت والدین) ☐ ارجاع نشد(عدم تمایل والدین) ☐					
محدودیت فعالیت ورزشی: بدون محدودیت ☐ دارای محدودیت ☐ علت و مدت محدودیت ورزشی:					
در حال حاضر دانش آموز فاقد مشکل بوده و ثبت نام وی در مدرسه: بلامانع است ☐ ممنوعیت دارد ☐ ، علت ممنوعیت:					
توصیه ها به: الف/ خانواده: ب/ اولیای مدرسه:					