

فرم خلاصه نتایج مراقبت های دوره ای (سنجش سلامت) نوآموزان در سال تحصیلی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: شهرستان: مرکز خدمات جامع سلامت: پایگاه سلامت / خانه بهداشت:	آرم دانشگاه / دانشکده
نام و نام خانوادگی: نام پدر: جنس: <input type="checkbox"/> دختر <input type="checkbox"/> پسر تاریخ تولد: / / آدرس محل سکونت: تلفن ثابت: تلفن همراه: کد ملی / کد شناسه اتباع خارجی:	
بیماری نیازمند مراقبت ویژه: <input type="checkbox"/> ندارد. <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/> بیماری قلبی عروقی <input type="checkbox"/> آسم <input type="checkbox"/> هموفیلی <input type="checkbox"/> تالاسمی <input type="checkbox"/> اسرطان <input type="checkbox"/> G6PD <input type="checkbox"/> PKU <input type="checkbox"/> اختلال روانپزشکی <input type="checkbox"/> سایر داروهای مصرفی (بیش از ۳ ماه):	
کارت واکسن: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد (در صورت عدم رویت کارت واکسن، واکسیناسیون از ابتدا آغاز شده و کارت واکسن صادر شود).	وضعیت دهان و دندان: ۱. <input type="checkbox"/> مشکل دندانی ندارد ۲. <input type="checkbox"/> مشکل دندانی دارد ۳. <input type="checkbox"/> التهاب لثه ندارد ۴. <input type="checkbox"/> التهاب لثه دارد ۵. <input type="checkbox"/> جرم دندانی دارد
تاریخ، مهر و امضای مسئول پایگاه سلامت / خانه بهداشت	وضعیت واکسیناسیون از بدو تولد تا ۶ سالگی: <input type="checkbox"/> کامل <input type="checkbox"/> ناقص، نوع و نوبت واکسن های ناقص در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل: نیاز به نظر پزشک جهت انجام واکسیناسیون: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
گزارش نهایی نتایج معاینات پزشک عمومی	
مبتلا به اختلال/ بیماری/ آلودگی <input type="checkbox"/> نمی باشد <input type="checkbox"/> می باشد نوع بیماری/ اختلال/ آلودگی: نیاز به مراقبت ویژه <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد مراقبت ویژه مورد نیاز: توصیه ها: الف) به خانواده: ب) به اولیای مدرسه: نیاز به ارجاع تخصصی: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد	
از نظر وضعیت دهان و دندان: نیاز به ارجاع: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد. دریافت خدمت و ارنیش فلوراید تراپی: <input type="checkbox"/> ارجاع شد (با رضایت والدین) <input type="checkbox"/> ارجاع نشد (عدم تمایل والدین)	
از نظر فعالیت ورزشی: <input type="checkbox"/> انجام فعالیت ورزشی هیچگونه محدودیتی ندارد <input type="checkbox"/> انجام فعالیت ورزشی محدودیت دارد. علت محدودیت <input type="checkbox"/> معاف موقت: علت: مدت:	
تاریخ، مهر و امضای پزشک

