



دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی فرم ارزیابی مقدماتی و پزشکی سلامت دانش آموز شهرستان:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی استان آذربایجان غربی

کد مدرسه:

مدرسه:

مرکز بهداشتی درمانی شهری، روستایی/مطب/ پایگاه/ خانه بهداشت:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی: سن: تاریخ تولد: / / ۱۳
جنس: دختر پسر وزن: / کیلوگرم قد: سانتی متر BMI:

سابقه بیماری در خانواده: ندارد دیابت فشار خون بالا بیماری قلبی عروقی آسم صرع بیماری ژنتیک و مادرزادی
 آلرژی سرطان اختلال چربی خون استعمال مواد دخانی اختلال روانپزشکی اختلال عضوی ناتوان کننده سایر (نام بیماری):
بیماری نیازمند مراقبت ویژه: ندارد دیابت صرع بیماری قلبی عروقی آسم آلرژی هموفیلی تالاسمی سرطان کمبود G6PD
 سایر (با ذکر نام بیماری): داروهای مصرفی:

اقدام

تاریخ پیگیری	توصیه	نتیجه ارجاع			نیاز به ارجاع	2 3 4	ارزیابی مقدماتی
		تایید اختلال	سالم	ندارد			
							قد به سن: <input type="checkbox"/> زیر ۳- <input type="checkbox"/> بین ۲- و ۳- <input type="checkbox"/> بین ۲- و ۳+ <input type="checkbox"/> بالای ۳+
							BMI: <input type="checkbox"/> زیر ۳- <input type="checkbox"/> بین ۲- و ۳- <input type="checkbox"/> بین ۲- و ۱+ <input type="checkbox"/> بین ۱+ و ۲+ <input type="checkbox"/> بالای ۲+
							اختلال بینایی: <input type="checkbox"/> دوطرفه <input type="checkbox"/> یک طرفه <input type="checkbox"/> مشکوک <input type="checkbox"/> ندارد
							اختلال شنوایی: <input type="checkbox"/> دوطرفه <input type="checkbox"/> یک طرفه <input type="checkbox"/> مشکوک <input type="checkbox"/> ندارد
							مشکل دهان و دندان: <input type="checkbox"/> دندان پوسیده <input type="checkbox"/> لثه ملتهب <input type="checkbox"/> مشکوک <input type="checkbox"/> ندارد
							پدیکلوز سر: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> مشکوک <input type="checkbox"/> ندارد
							رفتارهای پر خطر: <input type="checkbox"/> تغذیه نامناسب <input type="checkbox"/> تماس با مواد دخانی <input type="checkbox"/> کم تحرکی

ایمن سازی: کامل ناقص نوع واکسن های ناقص: نوبت: در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل: مهر و امضای مسئول مرکز بهداشتی درمانی

اقدام

اقدام بعدی		نتیجه درمان			بهبود	بدون تغییر	تشدید	لازم نیست	ارجاع تخصصی	2 3 4	معاینات پزشکی
ارجاع	تخصصی	بهبود	بدون تغییر	تشدید							
											قد به سن: <input type="checkbox"/> زیر ۳- <input type="checkbox"/> بین ۲- و ۳- <input type="checkbox"/> بین ۲- و ۳+ <input type="checkbox"/> بالای ۳+
											BMI: <input type="checkbox"/> زیر ۳- <input type="checkbox"/> بین ۲- و ۳- <input type="checkbox"/> بین ۲- و ۱+ <input type="checkbox"/> بین ۱+ و ۲+ <input type="checkbox"/> بالای ۲+
											بررسی مخاط: <input type="checkbox"/> رنگ پریدگی <input type="checkbox"/> آنمی <input type="checkbox"/> بدون مشکل سایر
											بررسی اسکلا: <input type="checkbox"/> زردی اسکلا <input type="checkbox"/> بدون مشکل سایر
											چشم: <input type="checkbox"/> اختلال بینایی <input type="checkbox"/> کونژکتیویت <input type="checkbox"/> بدون مشکل سایر
											گوش: <input type="checkbox"/> اختلال شنوایی <input type="checkbox"/> اوتیت مدیا <input type="checkbox"/> اوتیت خارجی <input type="checkbox"/> بدون مشکل سایر
											غدد: <input type="checkbox"/> گواتر <input type="checkbox"/> مشکل بدون گواتر <input type="checkbox"/> بدون مشکل سایر
											ریه: <input type="checkbox"/> آسم <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> بدون مشکل سایر
											قلب و عروق: <input type="checkbox"/> دارای مشکل <input type="checkbox"/> در خطر ابتلا به بیماری زودرس <input type="checkbox"/> بدون مشکل
											جلدی: <input type="checkbox"/> کچلی سر <input type="checkbox"/> گال <input type="checkbox"/> بدون مشکل سایر
											اسکلتی- عضلانی: <input type="checkbox"/> اسکولیوز <input type="checkbox"/> کیفوز <input type="checkbox"/> لوردوز <input type="checkbox"/> اختلال شکل قفسه سینه
											<input type="checkbox"/> اندام غیر طبیعی <input type="checkbox"/> بدون مشکل سایر
											روانپزشکی: <input type="checkbox"/> دارای مشکل: کد <input type="checkbox"/> بدون مشکل سایر
											شکم: <input type="checkbox"/> توده شکمی <input type="checkbox"/> ارگانومگالی <input type="checkbox"/> بدون مشکل سایر
											ادراری تناسلی: <input type="checkbox"/> عفونت ادراری <input type="checkbox"/> عدم نزول بیضه <input type="checkbox"/> بدون مشکل سایر
											بلوغ: <input type="checkbox"/> زودرس <input type="checkbox"/> بدون مشکل
											فشار خون: <input type="checkbox"/> پره هیپرتانسیون <input type="checkbox"/> مرحله I <input type="checkbox"/> مرحله II <input type="checkbox"/> بدون مشکل

از دانش آموز معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری / اختلال می باشد نمی باشد. نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی ندارد دارد نیاز مند ارجاع به می باشد. نیاز به مراقبت ویژه ندارد دارد مراقبت ویژه مورد نیاز

تاریخ، مهر و امضای پزشک

نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک
فعالیت ورزشی: در حال حاضر بدون محدودیت دارای محدودیت: علت محدودیت
 معاف موقت: علت مدت

