فرم گزارش عملکرد مراقب سلامت / بهورز درمدرسه تحت پوشش سال.........

**نام و نام خانوادگی مراقب سلامت /بهورز................................. نام پایگاه سلامت/خانه بهداشت ................................................ نام مدرسه ...................... نام و نام خانوادگی مدیر مدرسه .......................................**

| ردیف | برنامه | | شرح اقدامات انجام شده | تاریخ | امضا ومهر  مدیر مدرسه | شرح اقدامات انجام شده | تاریخ | امضا و مهر  مدیر مدرسه |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | تعداد دانش آموز به تفکیک پایه(دریافت اطلاعات مهرماه)(از کارشناسان سلامت نوجوانان،جوانان و مدارس شهرستان استعلام گردد.) | |  |  |  |  |  |  |
| 2 | بررسی کارت خلاصه معاینات و ارزیابی وضعیت سلامت دانش آموزان و ارجاع دانش آموزان معاینه شده به واحدهای بهداشتی | | پایه:.........تعداد دانش آموزان معاینه شده.........  پایه:.........تعداد دانش آموزان معاینه شده........  پایه:........تعداد دانش آموزان معاینه شده......... |  |  | پایه:.........تعداد دانش آموزان معاینه شده.........  پایه:.........تعداد دانش آموزان معاینه شده.........  پایه:.........تعداد دانش آموزان معاینه شده......... |  |  |
| 3 | واکسیناسیون دانش آموزان طبق فرم خلاصه معاینات | | پایه:.........تعداد دانش آموزان واکسینه شده.........  پایه:.........تعداد دانش آموزان واکسینه شده.........  پایه:.........تعداد دانش آموزان واکسینه شده......... |  |  | پایه:.........تعداد دانش آموزان واکسینه شده.........  پایه:.........تعداد دانش آموزان واکسینه شده......... پایه:.........تعداد دانش آموزان واکسینه شده......... |  |  |
| 4 | پیگیری ارجاعات موارد دانش آموزان دارای اختلال | | پایه:.........تعداد دانش آموز نیازمند ارجاع........  ارجاع داده شده.............  پایه:.........تعداد دانش آموز نیازمند ارجاع........  ارجاع داده شده.............  پایه:.........تعداد دانش آموز نیازمند ارجاع........  ارجاع داده شده............. |  |  | پایه:.........تعداد دانش آموز نیازمند ارجاع........  ارجاع داده شده.............  پایه:.........تعداد دانش آموز نیازمند ارجاع........  ارجاع داده شده.............  پایه:.........تعداد دانش آموز نیازمند ارجاع........  ارجاع داده شده............. |  |  |
| 5 | انجام مراقبتهای ویژه جهت دانش آموزان طبق برنامه عملیاتی  \* تعداد دانش آموز نیازمند مراقبت ویژه: دیابت...... صرع.... بیماریهای قلبی و عروقی.... آسم.... سل.... آلرژی.... هموفیلی... تالاسمی... سرطان...... کمبود …. G6PD اختلال روانپزشکی.... | | تعداد دانش آموزان پیگیری و مراقب شده.........  تعداد افراد آموزش دیده: معلمین........ والدین........... دانش آموزان............... |  |  | تعداد دانش آموزان پیگیری و مراقب شده.........  تعداد افراد آموزش دیده: معلمین........ والدین........... دانش آموزان............... |  |  |
| 6 | انجام وارنیش فلوراید تراپی دندان های دانش آموزان ابتدایی | | تعداد دانش آموزان وارنیش شده نوبت...........  پایه اول...... پایه دوم......... پایه سوم......... پایه چهارم......... پایه پنجم....... پایه ششم.......... |  |  | تعداد دانش آموزان وارنیش شده نوبت...........  پایه اول...... پایه دوم......... پایه سوم......... پایه چهارم........ پایه پنجم......... پایه ششم.......... |  |  |
| 7 | پیگیری ارجاعات فیشور سیلانت دانش آموزان پایه اول و دوم ابتدایی | | تعداد دانش آموزان فیشور سیلانت شده  پایه اول...... پایه دوم......... |  |  | تعداد دانش آموزان فیشور سیلانت شده  پایه اول...... پایه دوم......... |  |  |
| 8 | پیگیری اجرای طرح عاری از پوسیدگی در دانش اموزان پایه ششم و هفتم | | تعداد دانش آموزان بررسی شده از نظر پوسیدگی  پایه ششم...... پایه هفتم......... |  |  | تعداد دانش آموزان بررسی شده از نظر پوسیدگی  پایه ششم...... پایه هفتم......... |  |  |
| 9 | آموزش و غربالگری پدیکلوزیس  تعداد کارکنان و معلمین:.......... | | تعداد افراد آموزش دیده: دانش آموزان....... والدین.......  کارکنان و معلمین.......  تعداد دانش آموزان غربال شده........ تعداد موارد آلوده.............. |  |  | تعداد افراد آموزش دیده: دانش آموزان........ والدین.......  کارکنان و معلمین.......  تعداد دانش آموزان غربال شده......... تعداد موارد آلوده.............. |  |  |
| 10 | بررسی گزارشات موارد بیماری کرونا ویروس و  بروز طغیان بیمارهای واگیر در مدرسه  (درصورت لزوم) و آموزش | |  |  |  |  |  |  |
| 11 | مشاهده وضعیت بهداشت فردی دانش آموزان در صف صبحگاه یا کلاسها | |  |  |  |  |  |  |
| 12 | مدرسه مروج سلامت | 1- پیگیری تشکیل کمیته سلامت مدرسه و حضور در کمیته مدرسه (این بند مشمول مدارس غیر مروج سلامت نیز می باشد.) |  |  |  |  |  |  |
| 2- پیگیری انجام ممیزی داخلی |  |  |  |  |  |  |
| 3- انجام ممیزی خارجی |  |  |  |  |  |  |
| 13 | پیشگیری از  کم تحرکی | پیگیری اجرای ورزش در کلاس  تعدادکلاس:........... | تعداد کلاسهای دارای پوستر..... تعدادکلاسهای اجراکننده ورزش....... تعداد دانش آموزان اجرا کننده ورزش در کلاس......  تعداد افراد آموزش دیده:..... |  |  | تعداد کلاسهای دارای پوستر..... تعدادکلاسهای اجراکننده ورزش...... تعداد دانش آموزان اجرا کننده ورزش در کلاس..... تعداد افراد آموزش دیده:..... |  |  |
| 14 | تغذیه سالم | بررسی پایگاه تغذیه سالم و مواد غذایی موجود در آن |  |  |  |  |  |  |
| پیگیری آهن یاری در مدارس دخترانه متوسطه اول و دوم |  |  |  |  |  |  |
| پیگیری مکمل یاری ویتامینD در دختران و پسران متوسطه اول و دوم |  |  |  |  |  |  |
| 15 | پیگیری سوانح و حوادث اتفاق افتاده در مدرسه و راه مدرسه | | تعداد دانش آموزان آسیب دیده در مدرسه:..............  تعداد دانش آموزان آسیب دیده درمسیرمدرسه:.......... |  |  | تعداد دانش آموزان آسیب دیده در مدرسه:..............  تعداد دانش آموزان آسیب دیده درمسیرمدرسه:.......... |  |  |
| 16 | پیگیری رفع نواقص بهداشت محیط، ایمنی و نظافت اعلام شده به مدرسه | |  |  |  |  |  |  |
| 17 | اجرای آموزشها ی سلامت طبق پروتکل ابلاغی و الویت آموزشی مدرسه(آموزش ایمنی در مسیر مدرسه،پیشگیری و کنترل بیماری واگیردار،طغیان ،بهداشت فردی، دود دست دوم دخانیات و....) | | موضوع:  تعداد فراگیران: دانش آموزان...... والدین......... کارکنان:.........  موضوع:  تعداد فراگیران: دانش آموزان...... والدین......... کارکنان:.......... |  |  | موضوع:  تعداد فراگیران: دانش آموزان...... والدین......... کارکنان:.........  موضوع:  تعداد فراگیران: دانش آموزان...... والدین......... کارکنان:.......... |  |  |
| 18 | آموزش بهداشت دوران بلوغ | | تعداد فراگیران:دانش آموزان.....والدین..... کارکنان:.... |  |  | تعداد فراگیران:دانش آموزان... والدین..... کارکنان:.... |  |  |
| 19 | گزارش موارد مرگ احتمالی دانش آموزان | |  |  |  |  |  |  |
| 20 | سایر موارد محوله ابلاغ شده | |  |  |  |  |  |  |

**لیست مشکلات سلامت موجود در مدرسه: لیست پیشنهادات رفع مشکلات سلامت: مشکلات بهبود یافته**

1- 1- 1-

2- 2- 2-

3- 3- 3-