|  |  |
| --- | --- |
| **شماره ارجاع:**  **...........................**  **تاريخ ارجاع:**  **...........................**  **نوع ارجاع:**  **.............................**  **نام و نام خانوادگي:**  **...............................**  **کدملی :**  **................................**  **نام پدر:**  **...............................**  **ارجاع به متخصص :**  **..............................**  **ارجاع به فوق تخصص:**  **.........................**... | **بند یک : تاریخ:** ....................... **فرم ارجاع دانش آموز به پزشك متخصص** طب فیزیکی و توانبخشی **نوع ارجاع: (غیرفوری) شماره ارجاع:** .........  **دانشگاه/ دانشكده علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني: ........................................... شهرستان: ................................................ روستا : .................................**  **از: مرکز بهداشی درمانی/ ............................................. به: پزشك متخصص طب فیزیکی محترم ..........................................................................**  **از آقای/خانم ...........................................کدملی.................................... فرزند ......................... سن ........................ معاینه به عمل آمد و با توجه به مشکل ................................................................................. جهت تشخیص و اخذ دستورات لازم حضورتان معرفی می­گردد.**  **مهر و امضای پزشک مرکز خدمات جامع سلامت تاریخ : .........................**  **------------------------------------------------------------------------------------------**  **بند دو : نتايج معاينات پزشك متخصص** طب فیزیکی و توانبخشی  **از دانش آموز معاينه به عمل آمد، 🞎سالم است 🞎مبتلا به بيماري/ اختلال ............................................................. 🞎 نیاز به ارجاع مي باشد.**  **توصيه هاي پزشك متخصص و اقدامات لازم : ................................................................................................................................................................**  **نیاز به پیگیری توسط : 🞎 متخصص 🞎 پزشک عمومی 🞎مراقب سلامت/بهورز فواصل زمانی : ..........................**  **نوع پیگیری : ............................................................................................................................................................................................................... مهر و امضای پزشک متخصص تاریخ : ..............................**  **--------------------------------------------------------------------------------------------**  **بند سه : تاریخ:** ............... **فرم ارجاع دانش آموز به پزشك متخصص** **ارتوپدی / اطفال / جراحی**  **همکارمحترم متخصص ارتوپدی / اطفال / جراحی** ..........................................................................................................  **از دانش آموز معاینه به عمل آمد و با توجه به مشکل..................................................................................................................... تشخیص و اخذ دستورات لازم حضورتان معرفی می­گردد.**  **مهر و امضای پزشک متخصص تاریخ :** ......................................  **---------------------------------------------------------------------------------------------------**  **بند چهار : نتايج معاينات پزشك متخصص ارتوپدی / جراحی / اطفال و ...**  **از دانش آموز معاينه به عمل آمد، 🞎 سالم است 🞎 مبتلا به بيماري/ اختلال** ............................................................................ **🞎 نیاز به جراحی مي باشد.**  **توصيه هاي پزشک و اقدامات لازم** ........................................................................................................................................................................................................................  ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................  **مهر و امضای پزشک متخصص تاریخ :** .................................... |