|  |  |
| --- | --- |
| **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 :** .................................... |