1. **نمونه فایل آماری پایگاه سلامت و خانه بهداشت**

فرم لیست دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی- عضلانی و قامت و ثبت و پیگیری نتایج ارجاعات به پزشک متخصص در سال .........................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **نام مراقب سلامت / بهورز : ....................**  **نام پایگاه سلامت / خانه بهداشت :.................**    |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی دانش آموز** | **کدملی** | **پایه تحصیلی** | **نام مدرسه** | **نوع اختلال/ بیماری** | **نیازبه ارجاع دارد ؟** | **تاریخ ارجاع به پزشک متخصص طب فیزیکی** | **تاریخ پیگیری نتیجه ارجاع** | **نتیجه ارجاع به پزشک متخصص طب فیزیکی** | **نوع مداخله درمانی پزشک متخصص طب فیزیکی**  | **نیازبه پیگیری دارد توسط**  | **توالی پیگیری** | **تاریخ پیگیری /سیر پیگیری و مراقبت های بهداشتی درمانی بعمل آمده** |
| **سالم** | **تایید اختلال/ بیماری**  | **پزشک متخصص** | **پزشک عمومی** | **مراقب سلامت/ بهورز** |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

1. **نمونه فایل آماری مرکز خدمات جامع سلامت**

|  |
| --- |
| فرم گزارش پیگیری نتایج ارجاعات دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی- عضلانی و قامت به پزشک متخصص مرکز خدمات جامع سلامت .................. در سال .......................... |
| **تعداد دانش آموز** | زمان |
| **فروردین** | **اردیبهشت** | **خرداد** | **تیر** | **مرداد** | **شهریور** | **مهر** | **آبان** | **آذر** | **دی** | **بهمن** | **اسفند** | **کل** |
| دانش آموزان معاینه شده توسط پزشک  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی ، عضلانی و قامت شناسایی شده  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی ، عضلانی و قامت ارجاع شده به متخصص طب فیزیکی |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی ، عضلانی و قامت مراجعه کرده به متخصص طب فیزیکی |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| دانش آموزانی که اختلال اسکلتی، عضلانی و قامت آنها توسط متخصص طب فیزیکی تایید شده است |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی ، عضلانی و قامت که توسط متخصص طب فیزیکی به سطوح دیگر ارجاع شده اند |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی ، عضلانی و قامت نیاز به پیگیری توسط پزشک |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی ، عضلانی و قامت پیگیری شده توسط پزشک |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی ، عضلانی و قامت نیاز به پیگیری توسط مراقب سلامت / بهورز  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی ، عضلانی و قامت پیگیری شده توسط مراقب سلامت / بهورز  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

1. **نمونه فایل آماری شهرستان**

|  |
| --- |
| فرم گزارش پیگیری نتایج ارجاعات دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی- عضلانی و قامت به پزشک متخصص شهرستان .................. در سال .......................... |
| **تعداد دانش آموز** | زمان |
| **فروردین** | **اردیبهشت** | **خرداد** | **تیر** | **مرداد** | **شهریور** | **مهر** | **آبان** | **آذر** | **دی** | **بهمن** | **اسفند** | **کل** |
| دانش آموزان معاینه شده توسط پزشک  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی ، عضلانی و قامت شناسایی شده  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی ، عضلانی و قامت ارجاع شده به متخصص طب فیزیکی |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی ، عضلانی و قامت مراجعه کرده به متخصص طب فیزیکی |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| دانش آموزانی که اختلال اسکلتی، عضلانی و قامت آنها توسط متخصص طب فیزیکی تایید شده است |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی ، عضلانی و قامت که توسط متخصص طب فیزیکی به سطوح دیگر ارجاع شده اند |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی ، عضلانی و قامت نیاز به پیگیری توسط پزشک |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی ، عضلانی و قامت پیگیری شده توسط پزشک |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی ، عضلانی و قامت نیاز به پیگیری توسط مراقب سلامت / بهورز  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| دانش آموزان دارای اختلال اسکلتی ، عضلانی و قامت پیگیری شده توسط مراقب سلامت / بهورز  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |