

اطلاعات دانش آموزان دارای بیماری نیازمند مراقبت ویژه تحت پوشش شهرستان ................

مرکز خدمات جامع سلامت........... پایگاه سلامت/خانه بهداشت................

سال تحصیلی : .............

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **عنوان** | **نام اختلال/بیماری** | **تعداد کل** | **به تفکیک مقطع** | | | **به تفکیک جنس** | | **به تفکیک ملیت** | |
| **ابتدایی** | **متوسطه اول** | **متوسطه دوم** | **دختر** | **پسر** | **ایرانی** | **غیر ایرانی** |
| **تعداد دانش آموزان دارای بیماری نیازمند مراقبت ویژه** | **قلبی عروقی** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تالاسمی** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سرطان** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **دیابت** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **هموفیلی** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **صرع/تشنج** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **آسم** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سل** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **کمبود G6PD** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **اختلالات روانپزشکی** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سایر(با ذکر نام بیماری)** |  |  |  |  |  |  |  |  |