|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آرم دانشگاه** | فرم خلاصه معاینات و ارزیابی وضعیت سلامت دانش آموزان  دانشگاه/ دانشكده علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني: **.........................................................**  شهرستان: **..............................................**  مرکز خدمات جامع سلامت: **.........................................** پایگاه سلامت جامعه:**......................................** | | | | | | | | | | | | |
| **نام** ........................ **نام خانوادگي** ............................**نام پدر** ..................... **آدرس محل سکونت..................................................**  **پایه تحصیلی دانش آموز**............. تلفن................ | | | | | | | | | | | | |
| **تاريخ تولد** ….../ ......./ ........ | **كد ملي/ کد شناسه (اتباع خارجی)** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **بيماري نيازمند مراقبت ويژه: 🞎ندارد 🞎ديابت 🞎صرع 🞎 بيماري قلبي عروقي 🞎آسم 🞎سل 🞎آلرژي 🞎هموفيلي 🞎تالاسمي 🞎سرطان 🞎كمبودG6PD 🞎 pku 🞎 اختلال روانپزشکی 🞎 ساير (با ذكر نام بيماري): ........................................ داروهای مصرفی(بیش از 3 ماه): .....................................** | | | | | | | | | | | | | |
| **وضعیت دهان و دندان:** 🞎مشکل دندانی دارد 🞎 مشکل دندانی ندارد  🞎 الهتاب لثه ندارد 🞎الهتاب لثه دارد 🞎 جرم دندانی دارد | | **وضعیت واکسیناسیون از بدو تولد تا 6 سالگی**: 🞎 كامل 🞎 ناقص، نوع و نوبت واكسن هاي ناقص در صورت  ناقص بودن،..................................... تاريخ تكميل: ............................... | | | | | | | تاریخ، مهر و امضای مسئول  پایگاه سلامت جامعه/ خانه بهداشت | | | | |
| **واکسن دوگانه (توام) بزرگسال (16-14 سالگی):** 🞎دریافت کرده است 🞎دریافت نکرده است، تاریخ تلقیح: ..................... | | | | | | | | |
| گزارش نهایی نتايج معاينات پزشک عمومی  **مبتلا به اختلال/ بيماري/آلودگی 🞎نمي باشد 🞎مي باشد نوع بیماری/ اختلال/آلودگی: ....................................................................... نياز به مراقبت ويژه 🞎 ندارد 🞎دارد مراقبت ويژه مورد نياز ................................................................................................................................................................................................................................................................................**  **توصيه ها به: خانواده: ....................................................................................................اولیای مدرسه: .........................................................................................................**  **از نظر وضعیت دهان و دندان: نیاز به ارجاع** 🞎 **ندارد** 🞎 **دارد دریافت خدمت وارنیش فلورایدتراپی نوآموز :**🞎 **ارجاع دارد(با رضایت والدین)** 🞎 **ارجاع نشد(عدم تمایل والدین)**  **تاريخ، مهر و امضای پزشك**  **توصیه های مربوطه به فعاليت ورزشی:** **🞎 برای انجام فعالیت های ورزشی در حال حاضر هیچ گونه محدودیتی ندارد**  **🞎 برای انجام فعایت های ورزشی محدودیت دارد. علت محدوديت .........................................................................................................**  **🞎 معاف موقت: علت .................................................................................................................... مدت ............................................................** | | | | | | | | | | | | | |