

فرم گواهی وضعیت سلامت نوجوانان محصل (پیش دبستانی / دانش آموز)

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی شهرستان مرکز خدمات جامع سلامت /مرکز بهداشتی ودرماتی پایگاه سلامت /خانه بهداشت نام و نام خانوادگی نام پدر تاریخ تولد /..... /..... ۱۳ کد ملی /کد شناسه (اتباع خارجی) تلفن

وضعیت تحصیلی: شاغل به تحصیل در پایه ی دوره ابتدایی / متوسطه اول / متوسطه دوم نام مدرسه:

وزن /..... کیلوگرم قد سانتی متر BMI.....

نوع ارزیابی	اختلال	نیاز به ارجاع	نوع ارزیابی:
سنجش بینایی	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	وضعیت BMI:
سنجش شنوایی	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> زیر ۳- (لاغری شدید) <input type="checkbox"/> مساوی ۳- تا زیر ۲- (لاغر) <input type="checkbox"/> مساوی ۲- تا مساوی ۱+ (وزن متناسب)
رفتارهای پرخطر: کم تحرکی تغذیه نامناسب تماس با مواد دخانی	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> بالای ۱+ تا مساوی ۲+ (چاق) وضعیت قد: <input type="checkbox"/> زیر ۳- (کوتاه قدی شدید) <input type="checkbox"/> مساوی ۳- تا زیر ۲- (کوتاه قدی) <input type="checkbox"/> مساوی ۲- تا مساوی ۳+ (رشد قدی مطلوب) <input type="checkbox"/> بالای ۳+ (خیلی بلند قد)

بیماری نیازمند مراقبت ویژه: ندارد دیابت صرع بیماری قلبی عروقی آسم سل آلرژی تالاسمی سرطان کمبود G6PD اختلال روانپزشکی هموفیلی سایر (با ذکر نام)

ایمن سازی: کامل ناقص، نوع و نوبت واکسن های ناقص در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل:
نیاز به نظارت مستقیم پزشک جهت انجام واکسیناسیون: دارد ندارد تاریخ و مهر و امضای مسئول واکسیناسیون پایگاه سلامت/مرکز خدمات جامع سلامت:

نوجوان در تاریخ .../.../۱۳ مورد ارزیابی مراقب سلامت /بهورز قرار گرفت و اطلاعات مراقبت در سامانه سیب ثبت شد. نام و نام خانوادگی مراقب سلامت/ بهورز

نوجوان در تاریخ/.../۱۳ مورد ارزیابی و معاینه پزشک قرار گرفت و اطلاعات مراقبت در سامانه سیب ثبت شد. مبتلا به اختلال/بیماری نمی باشد می باشد: نوع اختلال /بیماری
نیاز به ارجاع و معاینه تخصصی ندارد دارد: نیازمند ارجاع به است. نیاز به پیگیری ندارد دارد

توصیه به خانواده و اولیای مدرسه:
توصیه های مربوط به فعالیت ورزشی: محدودیت ندارد دارد علت محدودیت
مدت محدودیت

مهر و امضای پزشک خانواده/پزشک مرکز خدمات جامع سلامت