

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

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی ..... شهرستان ..... مرکز خدمات جامع سلامت/ مرکز بهداشتی درمانی ..... پایگاه سلامت/خانه بهداشت .....

نام و نام خانوادگی ..... نام پدر ..... تاریخ تولد ...../...../..... ۱۳ کد ملی/کدشناسه (اتباع خارجی) ..... تلفن .....  
 وضعیت تحصیلی: شاغل به تحصیل در پایه ی ..... دوره ابتدایی/متوسطه اول/متوسطه دوم ..... نام مدرسه: .....

وزن ...../..... کیلوگرم ..... 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:	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> بالای ۱+ تا مساوی ۲+ (افزایش وزن) <input type="checkbox"/> بالای ۲+ (چاق)
- کم تحرکی	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	وضعیت قد:
- تغذیه نامناسب	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> زیر ۳- (کوتاه قدی شدید) <input type="checkbox"/> مساوی ۳- تا زیر ۲- (کوتاه قدی)
تماس با مواد دخانی	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<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 .....

بهداشت دهان و دندان

	اختلال	نیاز به ارجاع
پوسیدگی	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
التهاب لثه	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
دندان از دست رفته	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد

مهر و امضای پزشک خانواده/ پزشک مرکز خدمات جامع سلامت