

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

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی شهرستان مرکز خدمات جامع سلامت/ مرکز بهداشتی درمانی پایگاه سلامت/پایگاه پزشک خانواده/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 نام مدرسه:.....

بخش اول (*واکسیناسیون):

* نکته :مراجعه به نزدیکترین خانه بهداشت/پایگاه سلامت/مرکز خدمات جامع سلامت و تکمیل و ممهور و امضا شدن قسمت واکسیناسیون فقط جهت پایه های پیش دبستانی، اول و دهم الزامی است .

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 ، مهر و امضای مسئول واکسیناسیون خانه بهداشت/پایگاه سلامت/ مرکز خدمات جامع سلامت:

بخش دوم (انجام ارزیابی سلامت توسط بهورز/مراقب سلامت): 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:	<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) <input type="checkbox"/> مساوی ۲- تا مساوی ۳+ (رشد قدی مطلوب)
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)
بهداشت دهان و دندان:	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	
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	

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

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

بخش سوم (انجام ارزیابی سلامت توسط پزشک): نوجوان در تاریخ/...../..... ۱۳ مورد ارزیابی سلامت و معاینه پزشکی توسط 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 ورزشی ندارد دارد علت محدودیت

مدت محدودیت:.....
مهر و امضای پزشک خانواده/ پزشک مرکز خدمات سلامت.....

والدین گرامی: قبل از مراجعه به پایگاه پزشک خانواده/پایگاه سلامت/خانه بهداشت جهت رعایت اصول فاصله گذاری اجتماعی در دوره همه گیری کرونا نسبت به هماهنگی تلفنی با مراقبین سلامت جهت تعیین وقت اقدام نمایید.