

فرم خلاصه نتایج مراقبت های دوره ای (سنجش سلامت) نوآموزان در سال تحصیلی.....

نام و نام خانوادگی نام پدر جنس: <input type="checkbox"/> دختر <input type="checkbox"/> پسر تاریخ تولد/...../..... آدرس محل سکونت: تلفن ثابت: تلفن همراه: کد ملی / کد شناسه اتباع خارجی:	
دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: شهرستان: مرکز خدمات جامع سلامت: دانشگاه / دانشکده پایگاه سلامت / خانه بهداشت:	
بیماری نیازمند مراقبت ویژه: <input type="checkbox"/> ندارد. <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/> بیماری قلبی عروقی <input type="checkbox"/> آسم <input type="checkbox"/> هموفیلی <input type="checkbox"/> تالاسمی <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> G6PD <input type="checkbox"/> PKU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> اختلال روانپزشکی <input type="checkbox"/> سایر داروهای مصرفی (بیش از 3 ماه) :	
وضعیت دهان و دندان: 1. مشکل دندانی ندارد <input type="checkbox"/> 2. مشکل دندانی دارد <input type="checkbox"/> 3. التهاب لثه ندارد <input type="checkbox"/> 4. التهاب لثه دارد <input type="checkbox"/> 5. جرم دندانی دارد <input type="checkbox"/> قد: وزن: نمایه توده بدنی:	کارت واکسن: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد (در صورت عدم رویت کارت واکسن، واکسیناسیون از ابتدا آغاز شده و کارت واکسن صادر شود.)
وضعیت واکسیناسیون از بدو تولد تا 6 سالگی: <input type="checkbox"/> کامل <input type="checkbox"/> ناقص، نوع و نوبت واکسن های ناقص در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل: نیاز به نظر پزشک جهت انجام واکسیناسیون: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	تاریخ، مهر و امضای مسئول پایگاه سلامت / خانه بهداشت
گزارش نهایی نتایج معاینات پزشک عمومی مبتلا به: <input type="checkbox"/> لاغری <input type="checkbox"/> لاغری شدید <input type="checkbox"/> اضافه وزن <input type="checkbox"/> چاقی <input type="checkbox"/> کوتاه قدی <input type="checkbox"/> کوتاه قدی شدید مبتلا به اختلال / بیماری / آلودگی <input type="checkbox"/> نمی باشد <input type="checkbox"/> می باشد نوع بیماری / اختلال / آلودگی : نیاز به مراقبت ویژه <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد مراقبت ویژه مورد نیاز: توصیه ها: الف) به خانواده: ب) به اولیای مدرسه: نیاز به ارجاع تخصصی: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد	
وضعیت دهان و دندان: نیاز به ارجاع: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد . دریافت خدمت و ارنیش فلورایدتراپی: <input type="checkbox"/> ارجاع شد (با رضایت والدین) <input type="checkbox"/> ارجاع نشد (عدم تمایل والدین)	
فعالیت ورزشی: <input type="checkbox"/> انجام فعالیت ورزشی هیچگونه محدودیتی ندارد <input type="checkbox"/> انجام فعالیت ورزشی محدودیت دارد . علت محدودیت <input type="checkbox"/> معاف موقت: علت: مدت:	
تاریخ، مهر و امضای پزشک	