|  |
| --- |
| **اطلاعات عمومی و پایه مدرسه** |
| **مشخصات اداری و ساختمانی مدرسه** | **نام مدرسه:................. دوره تحصیلی: پیش دبستانی ابتدایی متوسطه اول متوسطه دوم** |
| **نوع مدرسه: دولتی غیر انتفاعی سایر:..............................** |
| **نوع ساختمان: نوساز(زیر 15 سال ساخت) قدیمی(بالای 15 سال ساخت) سایر:...............** **مساحت مدرسه: ............ تعداد طبقات(با احتباس همکف):..........**  |
| **تعداد نوبت تحصیل(شیفت) در یک شبانه روز:.........** **تعداد کل کلاس های درس:................ حداکثر تعداد دانش آموزان یک کلاس:...........** |
| **نوع سیستم حراراتی مدرسه:.......... نوع سیستم برودتی مدرسه:............** **سیستم گرمایش و سرمایش توسط متخصصان آتش نشانی تایید می شوند؟ بلی خیر** |
| **تسهیلات بهداشتی مدرسه** | **پایگاه تغذیه سالم: دارد..... ندارد....... طبق دستورالعمل اجرا می شود؟ بلی خیر****اتاق بهداشت: دارد با تجهیزات کامل...... دارد با تجهیزات ناقص:..... مشترک:.... ندارد:......****زمان متوسط فعالیت ورزشی دانش آموزان در هر روز(با احتساب زنگ تفریح):** **......کمتر از نیم ساعت... نیم تا یکساعت:..... بیش از یک ساعت:......** |
| **عوامل انسانی مدرسه** | **نام مدیر مدرسه:............................****مراقب سلامت: دارد ندارد نام و نام خانوادگی: ............................ رشته:.......................... مدرک:....................................****رابط بهداشت: دارد ندارد نام و نام خانوادگی: ............................ رشته:.......................... مدرک:....................................****مشاور: دارد ندارد نام و نام خانوادگی: ............................ رشته:.......................... مدرک:....................................****مربی ورزش: دارد ندارد نام و نام خانوادگی: ............................ رشته:.......................... مدرک:....................................****خدمتگذار: دارد ندارد نام و نام خانوادگی: ............................ گواهی دوره بهداشت: دارد ندارد** |

**صورتجلسه کمیته ارتقای سلامت مدرسه(هماهنگی و برنامه ریزی فعالیت های سلامت در مدرسه....... در سال تحصیلی ....)**

**تاریخ جلسه:................ ساعت جلسه:.............. مکان جلسه:..................**

**پیگیری مصوبات قبل/دستور جلسه:**

**....................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**....................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**....................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**مصوبات جلسه:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **شرح مصوبه** | **مسئول پیگیری** | **زمان انجام** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**حاضرین در جلسه: \_نام و نام خانوادگی، سمت، امضا)**

**مهر و امضای مدیر مدرسه:**

**بررسی و مدریت بیماریهای واگیر(فرم وضعیت بیماری های واگیر در مدرسه................................... در سال تحصیلی:....................**

**بیماریهای واگیر**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ** | **نام ونام خانوادگی** | **کدملی** | **کلاس** | **نام پدر** | **تاریخ تولد** | **مشکوک به بیماری****(نوع بیماری)** | **اقدام** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**مشکوک به بیماری : اسهال- زرد زخم – سرخک – پدیکولوز- هپاتیت – سل – بیماریهای بثوری وجلدی – مننژیت - سایر**

**بررسی وضعیت واکسیناسیون دانش آموزان**

|  |  |
| --- | --- |
| **واکسیناسیون کودکان بدو ورود به دبستان( سال اول ابتدایی)** | **واکسیناسیون توام دانش آموزان 16- 14 ساله** |
| **کل دانش آموزان هدف** | **ناقص** | **کامل** | **نتیجه****( کامل شده)** | **کل دانش آموزان هدف** | **ناقص** | **کامل** | **نتیجه****(کامل شده)** |
| **دختر** |  |  |  |  | **دختر** |  |  |  |  |
| **پسر** |  |  |  |  | **پسر** |  |  |  |  |
| **جمع** |  |  |  |  | **جمع** |  |  |  |  |

 **فرم گزارش سوانح و حوادث دانش اموزان**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ** | **نام ونام خانوادگی** | **کدملی** | **پایه تحصیلی** | **نام پدر** | **تاریخ تولد** | **محل حادثه** | **نوع حادثه** | **طبقه بندی آسیب** | **نوع آسیب** | **نتیجه حاثه** | **مداخلات موردنیاز** | **مسئول پیگیری** |
| **داخل مدرسه** | **بین خانه ومدرسه** |
| **عمدی** | **غیرعمدی** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نوع حادثه : حوادث ترافیکی- غرق شدگی- سوختگی- سقوط- مسمومیت- خفگی- آسیب های ورزشی – سایر**

**نوع آسیب : سوختگی ها- آسیب های سرمایی-زخم ها وجراحات-آسیب های عمدی**

**نتیجه حادثه : غیبت کمترازیک هفته – غیبت یک هفته تاکمترازدوهفته – غیبت بیش ازدوهفته – نقض عضو – فوت**

**مداخله موردنیاز : درمان سرپایی- خدمات اولیه بهداشتی وارجاع فوری- بستری پس ازارجاع – تحت درمان پس ازارجاع - سایر**

**پیگیری و مراقبت دانش اموزآن نیازمند مراقبت ویژه**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **پایه تحصیلی** | **نوع اختلال تایید شده** | **اموزش و مشاوره** | **سیر پیگیری بیماری در طول سال تحصیلی** | **شماره تماس دانش اموز** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 **منظور بیماریهای تایید شده توسط پزشک(صرع، آسم، بیماریهای قلبی عروقی، بیماریهای زنتیکی و مادرزادی، ........)**

**پیگیری نتایج اقدامات مورد نیاز در جهت ارتقای ایمنی و بهسازی محیط مدرسه**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ بازدید** | **نواقص مشاهده شده** | **اقدامات انجام شده** | **نام بازدید کننده** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |