|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني شهيد بهشتي**  **معاونت امور بهداشتی**  **گروه سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس** | فرم خلاصه معاینات و ارزیابی وضعیت سلامت دانش‌آموزان  دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درمانی شهید بهشتی  شهرستان: **..............................................**  مرکز خدمات سلامت جامعه: **..................................................** | | | | | | | | | | | | |
| **نام** .................................. **نام خانوادگي** ...................................... **نام پدر** ................................... | | | | | | | | | | | | |
| **تاريخ تولد** ….../ ......./ ........ | **كد ملي/ کد شناسه (اتباع خارجی)** |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| **بيماري نيازمند مراقبت ويژه: 🞎ندارد 🞎ديابت 🞎صرع 🞎 بيماري قلبي عروقي 🞎آسم 🞎سل 🞎آلرژي 🞎هموفيلي 🞎تالاسمي 🞎سرطان 🞎كمبودG6PD 🞎 اختلال روانپزشکی 🞎 ساير (با ذكر نام بيماري): ........................................ داروهای مصرفی(بیش از 3 ماه): ...........................................................** | | | | | | | | | | | | | |
| **وضعیت واکسیناسیون از بدو تولد تا 6 سالگی: 🞎 كامل 🞎 ناقص، نوع و نوبت واكسن هاي ناقص ...................................................**  **............................................................................ در صورت ناقص بودن، تاريخ تكميل: ...............................................................................................** | | | | | | | تاریخ، مهر و امضای مسئول  پایگاه سلامت جامعه/ خانه بهداشت | | | | | | |
| **واکسن دوگانه (توام) بزرگسال (16-14 سالگی): 🞎دریافت کرده است**  **🞎دریافت نکرده است، تاریخ تلقیح: .................................................** | | | | | | |
| گزارش نهایی نتايج معاينات پزشک عمومی  **مبتلا به اختلال/ بيماري 🞎نمي باشد 🞎مي باشد نوع مشكل/ اختلال: ............................................................................................................ نياز به مراقبت ويژه 🞎 ندارد 🞎دارد مراقبت ويژه مورد نياز ................................................................................................................................................................................................................................................................................**  **الف/ توصيه‌ها به: خانواده: .........................................................................................................................................................................................................................................**  **اولیای مدرسه: ................................................................................................................................................................................................................................................................**  **تاريخ، مهر و امضای پزشك**  **ب/ توصیه های مربوطه به فعاليت ورزشی:** **🞎 برای انجام فعالیت های ورزشی در حال حاضر هیچ گونه محدودیتی ندارد**  **🞎 برای انجام فعایت های ورزشی محدودیت دارد. علت محدوديت .........................................................................................................**  **🞎 معاف موقت: علت .................................................................................................................... مدت ............................................................** | | | | | | | | | | | | | |