

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



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

نام و نام خانوادگی:..... نام پدر:..... تاریخ تولد:...../...../..... 13 کد ملی/کد شناسه (اتباع خارجی) :..... تلفن:.....
 وضعیت تحصیلی: شاغل به تحصیل در پایه ی :..... دوره ابتدایی / متوسطه اول / متوسطه دوم نام مدرسه:.....

• وزن:...../.....کیلوگرم قد:.....سانتی متر BMI.....

نوع ارزیابی	اختلال	نیاز به ارجاع	نوع ارزیابی:
سنجش بینایی	☐ دارد ☐ ندارد	☐ دارد ☐ ندارد	وضعیت BMI:
سنجش شنوایی	☐ دارد ☐ ندارد	☐ دارد ☐ ندارد	☐ زیر ۳- (لاغری شدید) ☐ مساوی ۳- تا زیر ۲- (لاغر) ☐ مساوی ۲- تا مساوی ۱+ (وزن متناسب)
رفتارهای پرخطر:			☐ بالای ۱+ تا مساوی ۲+ (افزایش وزن) ☐ بالای ۲+ (چاق)
-کم تحرکی	☐ دارد ☐ ندارد	☐ دارد ☐ ندارد	وضعیت قد :
-تغذیه نامناسب	☐ دارد ☐ ندارد	☐ دارد ☐ ندارد	☐ زیر ۳- (کوتاه قدی شدید) ☐ مساوی ۳- تا زیر ۲- (کوتاه قدی) ☐ مساوی ۲- تا مساوی ۳+ (رشد
تماس با مواد دخانی	☐ دارد ☐ ندارد	☐ دارد ☐ ندارد	قدی مطلوب) ☐ 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 ونوبت واکسن های ناقص:..... در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل:.....

• نیازبه نظارت مستقیم پزشک جهت انجام واکسیناسیون : ☐ دارد ☐ ندارد تاریخ و مهر وامضای مسئول واکسیناسیون پایگاه سلامت /مرکز خدمات جامع سلامت:

• مراقب سلامت: (وضعیت دهان و دندان) : مجموعه دندانی سالم ☐ لثه ملتهب ☐ پوسیدگی ☐ دندان (شیری / دائمی) که به علت پوسیدگی کشیده شده است ☐

• دندانپزشک : (تشخیص):
 مهر و امضا : (فقط در صورت داشتن مشکل مهر و امضا الزامی ست)

• مراقب سلامت :نوجوان در تاریخ .../.../۱۴ مورد ارزیابی مراقب سلامت /بهورز قرار گرفت و اطلاعات مراقبت در سامانه سیب ثبت شد. نام و نام خانوادگی مراقب سلامت:

• معاینات پزشک :نوجوان در تاریخ/...../۱۴ مورد ارزیابی و معاینه پزشک قرار گرفت واطلاعات مراقبت در سامانه سیب ثبت شد.مبتلا به اختلال /بیماری ☐ نمی باشد ☐ می باشد:

نوع اختلال /بیمارینیاز 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:.....

مهر وامضای پزشک خانواده/پزشک مرکز خدمات جامع سلامت