

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

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی شهرستان مرکز خدمات جامع سلامت/ مرکز بهداشتی درمانی پایگاه سلامت/خانه بهداشت تلفن

نام و نام خانوادگی نام پدر تاریخ تولد/...../..... ۱۳ کد ملی/کدشناسه (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	وضعیت BMI:	نوع ارزیابی
<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)	سنجش بینایی
<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)	سنجش شنوایی
<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	وضعیت قد:	رفتارهای پرخطر:
<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)	- کم تحرکی
<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> بالای ۳+ (خیلی بلند قد)	- تغذیه نامناسب
<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد		تماس با مواد دخانی

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 و نوبت واکسن های ناقص در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل:
 نیاز به نظارت مستقیم پزشک جهت انجام واکسیناسیون: دارد ندارد تاریخ و مهر و امضای مسئول واکسیناسیون پایگاه سلامت/ مرکز خدمات جامع سلامت:
 نوجوان در تاریخ/...../..... ۱۳ مورد ارزیابی مراقب سلامت/بهورز قرار گرفت و اطلاعات مراقبت در سامانه سیب ثبت شد. نام و نام خانوادگی مراقب سلامت/ بهورز
 نوجوان در تاریخ/...../..... ۱۳ مورد ارزیابی و معاینه 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 ندارد دارد علت محدودیت
 مدت محدودیت

بهداشت دهان و دندان

پوسیدگی	التهاب لثه	دندان از دست رفته	اختلال	نیاز به ارجاع
<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد

مهر و امضای پزشک خانواده/ پزشک مرکز خدمات جامع سلامت