

((فرم مراجعه به مدارس))															مرکز جامع سلامت :			
سال تحصیلی ۹۶-۹۷															ماه			
خانه بهداشت / پایگاه سلامت :																		
ردیف	نام و نام خانوادگی مراجعه کننده به آموزشگاه	نام آموزشگاه	تاریخ	شرح فعالیت ها											انجام شد / انجام نشد	علت عدم مراجعه	امضای مدیر مدرسه	
				آموزش بر حسب جدول اولویت‌های آموزشی	بررسی و بیماریابی بدیכולوز	بررسی سابقه واکسیناسیون و ایمنسازی	بازدید بهداشت محیط	اجرا و بازدید تمرینات کششی در کلاس	بازدید پایگاه تغذیه سالم	اجرای آهن یاری و مکمل یاری ویتامین د	کمیته ارتقاء سلامت مدرسه	اجرای برنامه ی سفیران سلامت دانش آموزی	اجرای برنامه های سلامت دهان و دندان	بررسی شیر مدارس				اجرای برنامه های مدارس مروج سلامت
۱																		
۲																		
۳																		
۴																		
۵																		
۶																		
۷																		
۸																		
۹																		
۱۰																		
۱- این فرم می بایست توسط کلیه مراقبین سلامت و بهورزان در ابتدای ماه و با هماهنگی مدیران مدارس تکمیل گردیده و در پایگاه سلامت/خانه بهداشت بایگانی باشد(بصورت فایل و یا فیزیکی)																		
۲- فعالیتی که باید انجام شود به وسیله ضریدر مشخص می گردد و در صورت انجام فعالیت ستون مربوطه تکمیل می شود.																		
۳- مراقب سلامت / بهپوز می بایست حداقل یک روز در هفته را جهت مراجعه به مدارس اختصاص دهد.																		
۴- ستون سایر فعالیت ها شامل گرامیداشت مناسبت های بهداشتی موارد مراقبت و پیگیری دانش آموزان نیازمند مراقبت ویژه - ارجاعیات - بیماری های واگیر و بیماری های غیرواگیر می باشد																		
نام و نام خانوادگی مسئول :																		
واحد سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس																		
دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نیشابور																		