

فرم خلاصه معاینات و ارزیابی وضعیت سلامت دانش آموزان دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: شهرستان: مرکز خدمات سلامت جامعه:													
نام خانوادگی نام پدر												تاریخ تولد / / کد ملی / کد شناسه (اتباع خارجی)	
..... 													
بیماری نیازمند مراقبت ویژه: ☐ ندارد ☐ دیابت ☐ صرع ☐ بیماری قلبی عروقی ☐ آسم ☐ سل ☐ آلرژی ☐ هموفیلی ☐ تالاسمی ☐ سرطان ☐ ☐ کمبود G6PD ☐ اختلال روانپزشکی ☐ سایر (با ذکر نام بیماری): داروهای مصرفی (بیش از ۳ ماه):													
وزن دانش آموز: قد دانش آموز: بررسی از نظر پدیکلوز: مشکل دارد ☐ مشکل ندارد ☐													
وضعیت واکسیناسیون از بدو تولد تا ۶ سالگی: ☐ کامل ☐ ناقص، نوع و نوبت واکسن های ناقص در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل:				واکسن دوگانه (توأم) بزرگسال (۱۶-۱۴ سالگی): ☐ دریافت کرده است ☐ دریافت نکرده است، تاریخ تلقیح:									
تاریخ، مهر و امضای مسئول پایگاه سلامت جامعه / خانه بهداشت				نام، نام خانوادگی مراقب سلامت:									
گزارش نهایی نتایج معاینات پزشک عمومی مبتلا به اختلال / بیماری ☐ نمی باشد ☐ می باشد نوع مشکل / اختلال: نیاز به مراقبت ویژه ☐ ندارد ☐ دارد مراقبت ویژه مورد نیاز الف / توصیه ها به: خانواده: اولیای مدرسه: ب / توصیه های مربوطه به فعالیت ورزشی: ☐ برای انجام فعالیت های ورزشی در حال حاضر هیچ گونه محدودیتی ندارد ☐ برای انجام فعالیت های ورزشی محدودیت دارد. علت محدودیت ☐ معاف موقت: علت مدت													
تاریخ، مهر و امضای پزشک													