



جمهوری اسلامی ایران

شناسنامه سلامت دانش آموز

وزارت آموزش و پرورش
معاونت پرورشی و تربیت بدنی
دفتر سلامت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

محل الصاق عکس
دانش آموز

ولی/سرپرست قانونی محترم دانش آموز، خانم/آقای نام:..... نام خانوادگی:.....
مطابق با اصول سوم، بیست و نهم و چهل و سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، تامین سلامت
آحاد جامعه به عنوان یک ضرورت مورد توجه و تاکید قرار گرفته است. برای دست یابی به این اصول
وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به طور مشترک شناسنامه سلامت
دانش آموز را با هدف مراقبت و ارتقاء سطح سلامتی دانش آموز از طریق انجام:

- تست های غربالگری
- معاینات پزشکی و دندانپزشکی
- بیماریابی، ارجاع و پیگیری اختلالات/ بیماری های یافت شده در معاینات و انجام مداخلات درمانی و حمایتی توسط نظام بهداشت و درمان کشور در قالب قوانین و ضوابط موجود، طراحی و اجرا نموده است که تمامی اطلاعات مندرج در این شناسنامه محرمانه تلقی شده و دسترسی به آن فقط با رعایت ضوابط قانونی میسر است. لذا تقاضا می گردد با عنایت به اهداف مذکور فرم زیر را امضاء و در اختیار آموزشگاه قرار دهید.

اینجانب از اقداماتی که برای شناسایی اختلالات/ بیماری های احتمالی فرزندم و بررسی های دوره ای که بر اساس این شناسنامه صورت می گیرد، مطلع هستم و به آن رضایت می دهم و در صورت نیاز جهت پیگیری فعالیت درمانی و خدمات حمایتی وی همکاری کامل خواهم نمود و نتیجه ارجاعات را به مدرسه اطلاع می دهم.

امضاء ولی/سرپرست قانونی دانش آموز

محل الصاق برچسب

دبستان:

بدین وسیله گواهی می شود تمامی مراحل ارزیابی و معاینه دانش آموز فرزند در پایگاه سنجش

شماره و مرکز بهداشتی درمانی صورت پذیرفت و نتایج به شرح زیر اعلام می گردد:

1. ثبت نام دانش آموز در سال تحصیلی بلامانع می باشد.

2. دانش آموز نیاز به مراقبت های .. بینایی .. شنوایی .. آموزشی .. درمانی دارد.

3. توضیحات

مهر و امضای مسئول پایگاه سنجش*

نام دبستان: منطقه/ ناحیه:

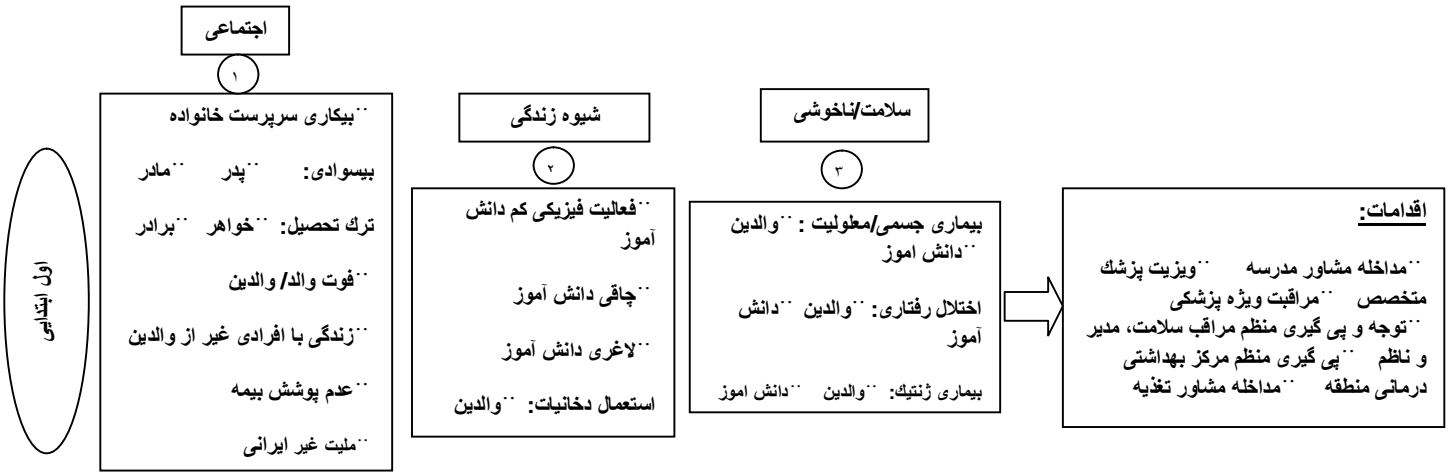
آدرس:

تلفن تماس:

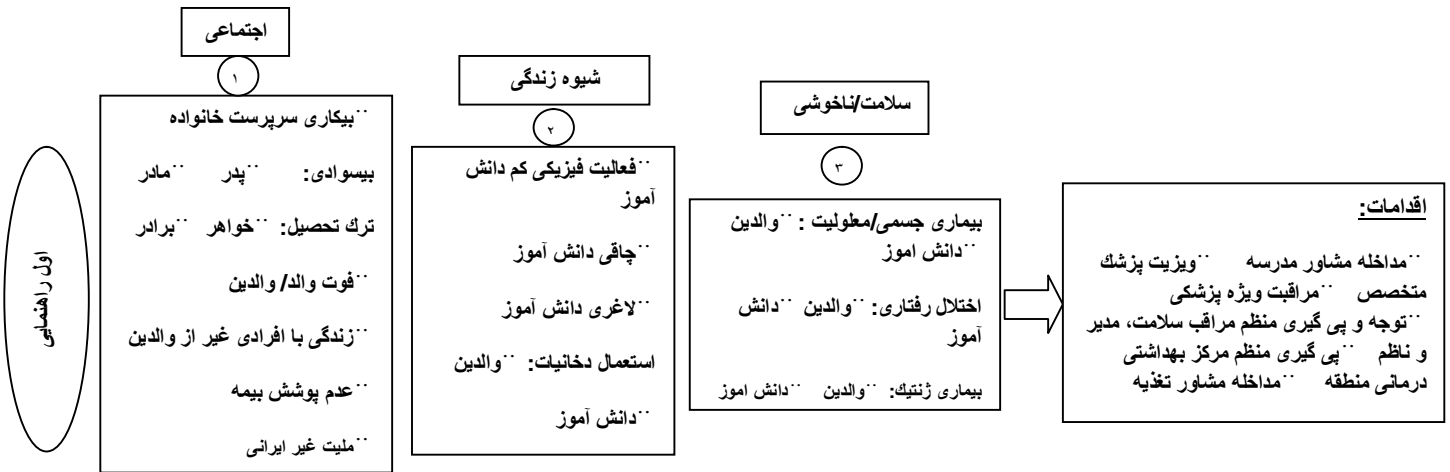
* در مناطقی که پایگاه سنجش وجود ندارد توسط مرکز بهداشتی درمانی تایید گردد.

توجه: از یابنده تقاضا می گردد دفترچه فوق را به آدرس آموزشگاه یا اداره آموزش و پرورش منطقه تحویل، یا پست نمایند.

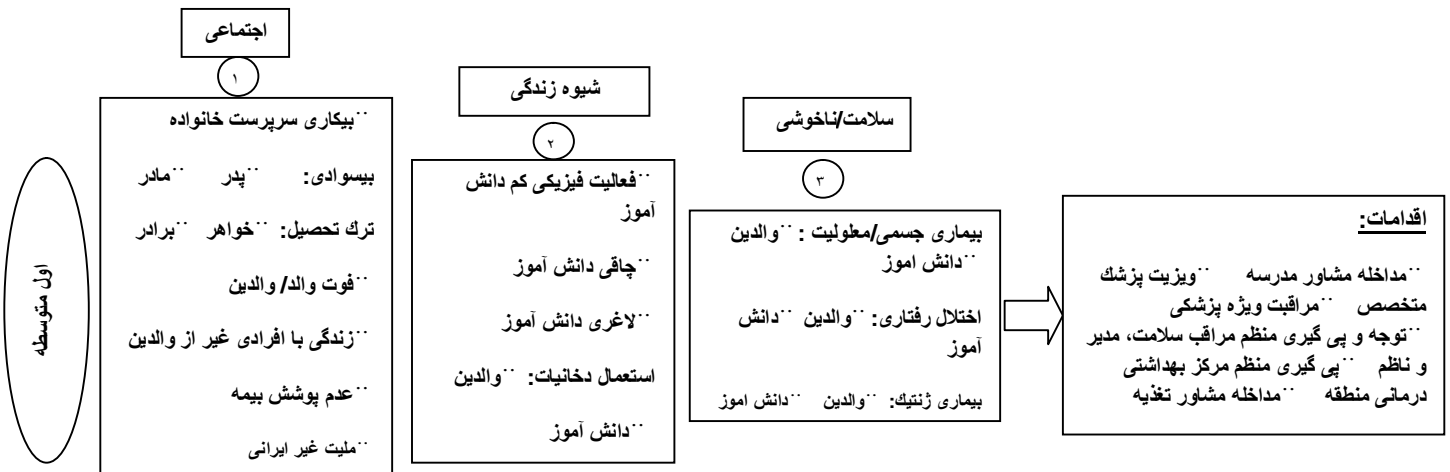
خلاصه وضعیت سلامت و عوامل موثر بر سلامت دانش آموز



نام و نام خانوادگی/ مهر و امضاء تکمیل کننده فرم:



نام و نام خانوادگی/ مهر و امضاء تکمیل کننده فرم:



نام و نام خانوادگی/ مهر و امضاء تکمیل کننده فرم:

* لازم به ذکر است که این جداول توسط مراقبین مدارس و یا کاردانات مراکز بهداشتی درمانی تکمیل خواهد شد و نیازمند پی گیری از سوی مراجع ذیربط مدرسه می باشد.

مقطع ابتدایی

مشخصات فردی

نام خانوادگی:	نام دبستان:	نام پدر:	نام و نام خانوادگی مادر:	کد ملی:
تاریخ تولد: 13...../...../.....	سابقه آموزش قبل از دبستان:	وضعیت بیمه پایه:	خدمات درمانی	نیروهای مسلح
بیمه تکمیلی:	کمیتة امداد	روستائیان	سایر	
وضعیت زبان:	دست غالب:	دین:	چپ	سایر

مشخصات خانواده

1- پدر:	سال تولد:	میزان تحصیلات:	بی سواد	ابتدایی یا نهضت سوادآموزی	راهنمایی
2- مادر:	سال تولد:	میزان تحصیلات:	متوسطه یا حوزوی	فوق دیپلم	لیسانس و بالاتر
در قید حیات:	شغل:	شاغل در بخش خصوصی	شاغل در بخش دولتی	دارای کار آزاد (خویش فرما)	
در قید حیات:	مقرری بگیر(مستمری بگیر)	بازنشسته	بیکار		
3- آیا بین والدین نسبت خویشاوندی وجود دارد؟	در قید حیات:	هست	نیست		
5- وضعیت عمومی خانواده:	سال تولد:	میزان تحصیلات:	بی سواد	ابتدایی یا نهضت سوادآموزی	راهنمایی
	شغل:	شاغل در بخش خصوصی	متوسطه یا حوزوی	فوق دیپلم	لیسانس و بالاتر
	مقرری بگیر(مستمری بگیر)	بازنشسته	شاغل در بخش دولتی	دارای کار آزاد (خویش فرما)	
	در قید حیات:	هست	نیست	خانه دار	
	3- آیا بین والدین نسبت خویشاوندی وجود دارد؟	خیر		بلی	4- درجه خویشاوندی: 1 2 3
	5- وضعیت عمومی خانواده:	زندگی با پدر و مادر	زندگی با مادر	زندگی با پدر	زندگی با سایر افراد خانواده

* 1- خاله زاده، دایی زاده، عمه زاده، عموزاده 2- نوه خاله، نوه عمو 3- سایر

نام و آدرس مرکز بهداشتی درمانی که مدرسه تحت پوشش آن قرار دارد:

شماره پرونده خانوار: نام و آدرس مرکز بهداشتی درمانی خانوار:

آدرس دقیق محل سکونت: استان شهر روستا

شماره تلفن ضروری:

توضیحات:

وضعیت ایمن سازی

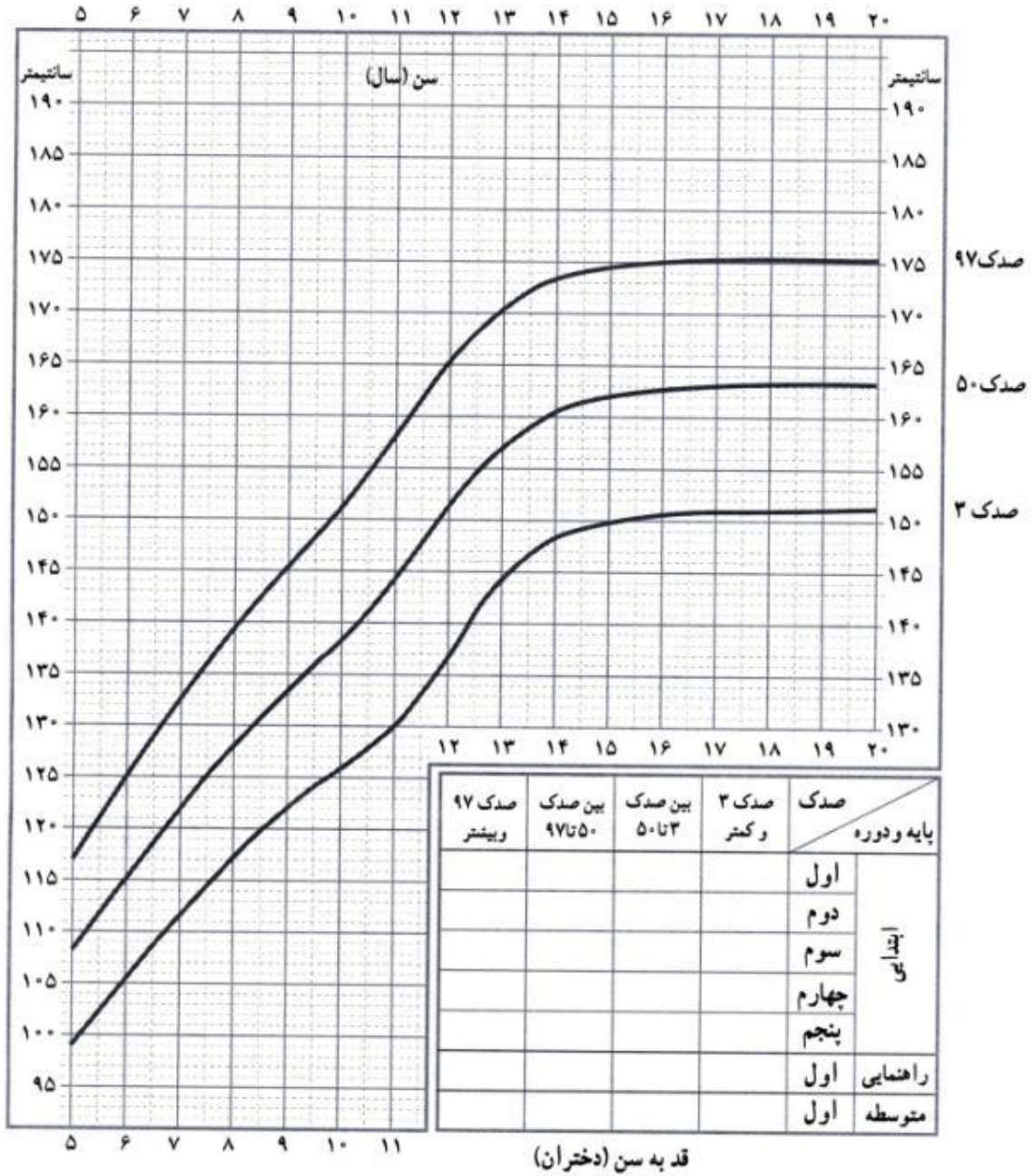
نام و نام خانوادگی مراقب سلامت/ بهورز و امضاء	ایمن سازی: نوع واکسن های ناقص: نوبت: در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل:	6 سالگی
		اول ابتدایی
	کامل ** ناقص ** نزده	

سابقه بیماری/ عادت در خانواده *

اختلالات عضوی ناتوان کننده	اختلالات روانپزشکی	بیماری ها یا عوامل خطر ژنتیک و مادرزادی	بیماری قلبی عروقی زیر 50 سال	اختلال چربی های خون	استعمال مواد دخانی	پرفشاری خون	دیابت	نوع بیماری/ عادت
								افراد خانواده
								پدر
								مادر
								خواهر، برادر

* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد

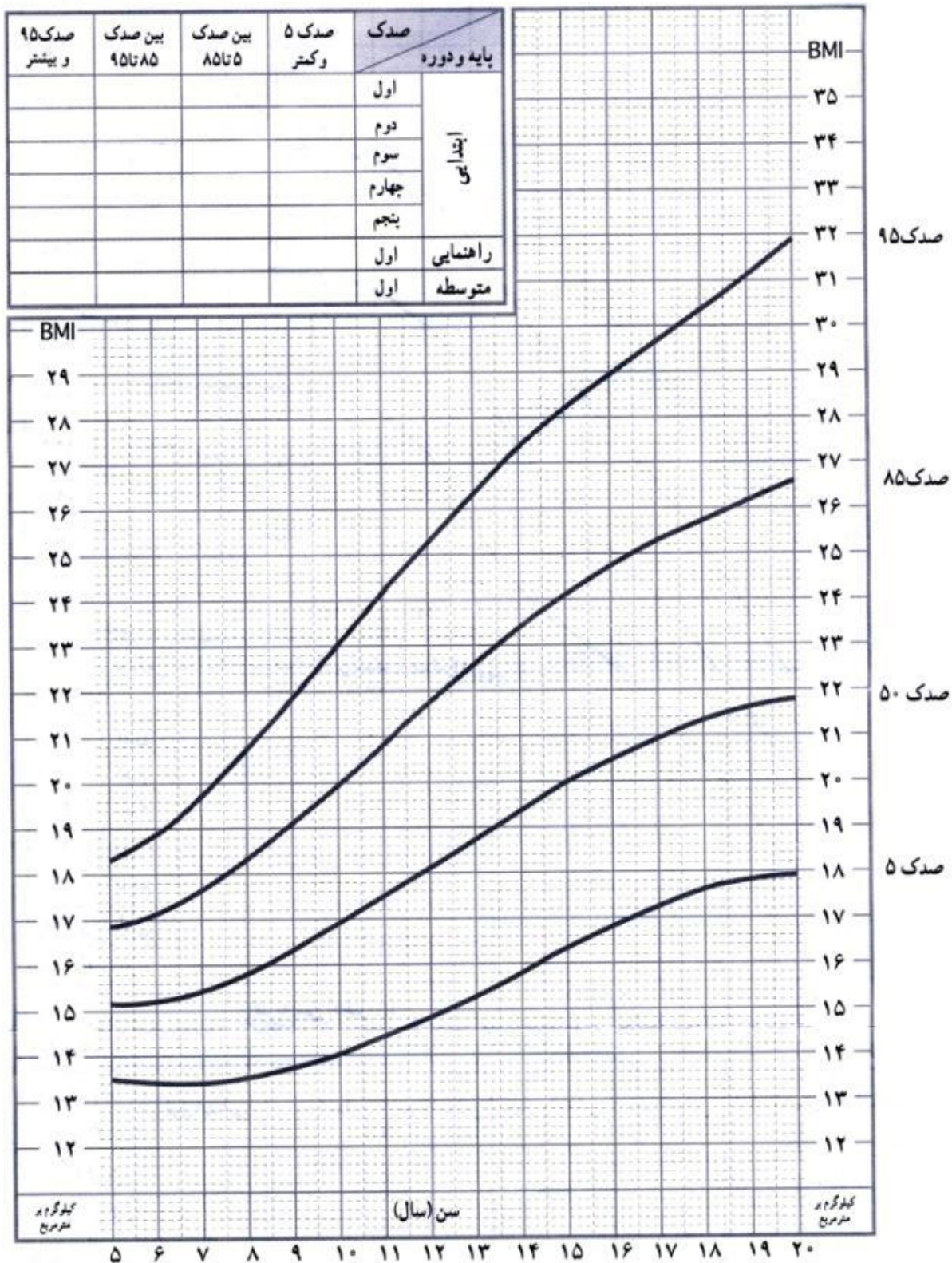
نمودار استاندارد قد به سن دختران از ۵ تا ۲۰ سالگی



پایش رشد

دوره و پایه تحصیلی	اول ابتدایی	دوم ابتدایی	سوم ابتدایی	چهارم ابتدایی	پنجم ابتدایی	اول راهنمایی	اول متوسطه
سن (ماه/سال)							
وزن به کیلوگرم							
قد به سانتی متر							
BMI (کیلوگرم بر مترمربع)							

نمایه توده بدنی (BMI) دختران از ۵ تا ۲۰ سالگی



BMI: Body Mass Index (نمایه توده بدن) = $\frac{\text{وزن (کیلوگرم)}}{\text{قد (متر)}^2}$

زیر صدک ۵ = لاغر بین صدک ۵ تا ۸۵ = در محدوده وزن طبیعی بین صدک ۸۵ تا ۹۵ = اضافه وزن صدک ۹۵ و بیش تر = چاقی

ارزیابی مقدماتی

توضیحات	پیگیری	توصیه	نتیجه ارجاع		ارجاع		اقدام	
			تایید اختلال	سالم	غیر فوری	فوری	یافته های ارزیابی	نوع ارزیابی
							صدک 3 و کم تر	قد به سن
						بین صدک 3 تا 97	صدک 97 و بیش تر	
							صدک 5 و کم تر	نمایه توده بدنی BMI
						بین صدک 5 تا 85	بین صدک 85 تا 95	
						صدک 95 و بیش تر		
							دارد	اختلال بینایی
							ندارد	
							دارد	اختلال شنوایی
							ندارد	
							دارد	اختلال چشم راست
							ندارد	
							دارد	اختلال چشم چپ
							ندارد	
							دارد	اختلال گوش راست
							ندارد	
							دارد	اختلال گوش چپ
							ندارد	
							دندان پوسیده	اختلال دهان و دندان
							دندان پر شده	
							دندان کشیده شده	
							لثه متورم	
							دندان 6*	
							مشکوک به آسم	اختلال ریوی
							مشکوک به سل	
							ندارد	
							دارد	اختلال پوست و مو
							ندارد	
							دارد	اختلال روانپزشکی
							ندارد	
							دارد	اختلال گفتاری
							ندارد	
							دارد	آمادگی تحصیلی
							ندارد	
								نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم :
								سمت :
								امضاء :

* در صورت رویش دندان 6، دانش آموز ارجاع گردد.

معاینه پزشک عمومی

اقدام بعدی		نتیجه پیگیری			پیگیری	درمان	درخواست آزمایش	اقدام		نوع ارزیابی یافته ارزیابی	
								صدک 3 و کم تر	قد به سن	وضعیت عمومی	
							صدک 97 و بیش تر				
							صدک 5 و کم تر				
							بین صدک 85 تا 95				
							صدک 95 و بیش تر	طبیعی	بررسی مخاط		
							رنگ پریده				
							زرد				
							سالم	کونژکتیویت	چشم راست	چشم	
							سالم	کونژکتیویت			
							سالم	اوتیت مدیا	گوش راست	گوش	
							اوتیت خارجی				
							سالم	اوتیت مدیا	گوش چپ		
							اوتیت خارجی				
							طبیعی	بزرگ	بررسی اندازه تیروئید	غدد	
							سالم	آسم	ریه		
							سل				
							سالم	سوفل و صدای غیر طبیعی	قلب و عروق		
							غیر طبیعی بودن نبض ها				
							ادم اندام ها و صورت				
							سالم	بیمار	جلدی		
							سالم	اسکولیوز	ستون فقرات	ستون فقرات، قفسه سینه و اندام ها	
							کیفوز				
							لوردوز				
							سالم	اختلال شکل دارد	قفسه سینه		
							سالم	غیر طبیعی	اندام ها		

معاینه پزشک عمومی

اقدام بعدی		نتیجه پیگیری			پیگیری	درمان	درخواست آزمایش	اقدام		نوع ارزیابی
								بافته ارزیابی	اقدام	
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود						
								سالم	شکم	
								ارگانومگالی دارد		
								طبیعی	ادراری تناسلی	
								عفونت ادراری		
								ندارد	اختلال روانپزشکی	
								دارد (کد مربوطه)		
								طبیعی	روند بلوغ	
								زودرس		
								سالم	اختلال ژنتیک و مادرزادی	
								عامل خطر دارد		
								بیماری دارد		
								میزان فشار خون:		
سایر:										

جدول مراقبت ویژه*

نام داروی مصرفی	آلرژی	بیماری های ژنتیک و مادرزادی	آسم	بیماری های قلبی عروقی	صرع	دیابت	مقطع تحصیلی
							اول ابتدایی

* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد.

ارزیابی نهایی پزشک عمومی از دانش آموز در پایه اول ابتدایی

دانش آموز .. سالم است	مبتلا به بیماری/اختلال	می باشد.
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد	دارد
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد	دارد
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:		
توصیه های پزشک عمومی:		
فعالیت ورزشی:	دارای محدودیت	علت محدودیت
بدون محدودیت	ندارد	مدت
معاف موقت	علت	مدت
تاریخ	نام و نام خانوادگی پزشک	مهر و امضاء

نتایج معاینات پزشک عمومی (در دوره ابتدایی)

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد.
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد **	دارد **
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد **	دارد **
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:	نیاز به ارجاع	مراقبت ویژه مورد نیاز
توصیه های پزشک عمومی:	دارای محدودیت	علت محدودیت
فعالیت ورزشی: ** بدون محدودیت	علت	مدت
** معاف موقت		تاریخ
		مهر و امضای پزشک

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد.
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد **	دارد **
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد **	دارد **
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:	نیاز به ارجاع	مراقبت ویژه مورد نیاز
توصیه های پزشک عمومی:	دارای محدودیت	علت محدودیت
فعالیت ورزشی: ** بدون محدودیت	علت	مدت
** معاف موقت		تاریخ
		مهر و امضای پزشک

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد.
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد **	دارد **
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد **	دارد **
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:	نیاز به ارجاع	مراقبت ویژه مورد نیاز
توصیه های پزشک عمومی:	دارای محدودیت	علت محدودیت
فعالیت ورزشی: ** بدون محدودیت	علت	مدت
** معاف موقت		تاریخ
		مهر و امضای پزشک

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد.
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد **	دارد **
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد **	دارد **
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:	نیاز به ارجاع	مراقبت ویژه مورد نیاز
توصیه های پزشک عمومی:	دارای محدودیت	علت محدودیت
فعالیت ورزشی: ** بدون محدودیت	علت	مدت
** معاف موقت		تاریخ
		مهر و امضای پزشک

نتایج معاینات پزشک متخصص/ فوق تخصص (در دوره ابتدایی)

از دانش آموز در پایه معاینه به عمل آمد و ** سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم
.....
.....

تاریخ مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص

از دانش آموز در پایه معاینه به عمل آمد و ** سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم
.....
.....

تاریخ مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص

از دانش آموز در پایه معاینه به عمل آمد و ** سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم
.....
.....

تاریخ مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص

از دانش آموز در پایه معاینه به عمل آمد و ** سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم
.....
.....

تاریخ مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص

از دانش آموز در پایه معاینه به عمل آمد و ** سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم
.....
.....

تاریخ مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص

اختلالات/ بیماری هایی که از نظر دندانپزشک مهم است:

** اختلالات خونی ** دیابت ** سل ** حساسیت دارویی
 ** مشکلات کبدی ** صرع ** مشکلات قلبی عروقی ** مشکلات کلیوی
 ** آسم ** هپاتیت ویروسی B و C ** اختلالات تیروئید ** سابقه مصرف دارو
 ** مصرف فعلی دارو ** سایر موارد

ثبت خدمات دندانپزشکی مورد نیاز (توسط دندانپزشک/بهداشت کار دهان و دندان تکمیل گردد)

نوع ارزیابی پایه تحصیلی	ترمیم	کشیدن	پالپوتومی	فیشورسیلانت	جرم گیری و بروساژ	فلورایدتراپی	سایر موارد
اول							
دوم							
سوم							
چهارم							
پنجم							
ششم							

1- تاریخ، مهر و امضای دندانپزشک/بهداشتکار در سال اول ابتدایی

2- تاریخ، مهر و امضای دندانپزشک/بهداشتکار در سال دوم ابتدایی

3- تاریخ، مهر و امضای دندانپزشک/بهداشتکار در سال سوم ابتدایی

4- تاریخ، مهر و امضای دندانپزشک/بهداشتکار در سال چهارم ابتدایی

5- تاریخ، مهر و امضای دندانپزشک/بهداشتکار در سال پنجم ابتدایی

6- تاریخ، مهر و امضای دندانپزشک/بهداشتکار در سال ششم ابتدایی

ارزیابی ساختار قامتی و آمادگی جسمانی

شست کج	کف پای صاف	زانو		کمر گود	پشت			شانه نا متقارن	سر به جلو	ناهنجاری
		پرانفزی	ضربدبری		صاف	گرد	کج			

* اگر ناهنجاری ندارد با (صفر) و در صورت وجود ناهنجاری متوسط با (1) و شدید با (2) مشخص شود.

ارزیابی ترکیب بدنی (ضخامت چربی)

پشت بازو	ساق پا	جمع (ضخامت دو موضع)	درصد چربی

ارزیابی آمادگی جسمانی مرتبط با سلامت *

قابلیت							آزمون
انعطاف پذیری	استقامت و قدرت عضلانی			آمادگی قلبی - عروقی			
نشستن و خم شدن به جلو	دراز و نشست	بارفیکس اصلاح شده	شنای سوئدی	1600 متر	540 متر	300 متر	

* در ارزیابی آمادگی جسمانی مرتبط با سلامت باید درصد چربی هم در نظر گرفته شود.

توصیه های لازم با اقدامات ارجاعی:

.....

.....

.....

.....

نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده:

سمت:

امضاء

مقطع راهنمایی

محل ثبت تغییرات ایجاد شده در مشخصات فردی، مشخصات خانواده

نام خانوادگی:	نام آموزشگاه محل تحصیل:
مادر: در قید حیات **	نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار* :
** خدمات درمانی	** نیروهای مسلح
** روستائیان	** سایر
** ندارد	
** تامین اجتماعی	
** کمیته امداد	
** دارد	
** ندارد	

* تنها در صورتی که پدر دانش آموز در قید حیات نباشد مشخصات سرپرست خانوار نوشته شود.

سابقه بیماری / عادت در خانواده *

اختلالات عضوی ناتوان کننده	اختلالات روانپزشکی	بیماری ها یا عوامل خطر ژنتیک و مادرزادی	بیماری قلبی عروقی زیر 50 سال	اختلال چربی های خون	استعمال مواد دخانی	پرفشاری خون	دیابت	نوع بیماری / عادت افراد خانواده
								پدر
								مادر
								خواهر، برادر

* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد.

نام مدرسه:

نام منطقه / ناحیه:

آدرس:

تلفن تماس:

نام و آدرس مرکز بهداشتی درمانی که مدرسه تحت پوشش آن قرار دارد:
شماره پرونده خانوار: نام و آدرس مرکز بهداشتی درمانی خانوار:

آدرس دقیق محل سکونت: استان شهر روستا

شماره تلفن ضروری:

توضیحات:

ارزیابی مقدماتی

توضیحات	پیگیری	توصیه	نتیجه ارجاع		ارجاع		اقدام		نوع ارزیابی
			تایید اختلال	سالم	غیر فوری	فوری	یافته های ارزیابی		
							صدک 3 و کم تر	قد به سن	
						بین صدک 3 تا 97			
						صدک 97 و بیش تر			
							صدک 5 و کم تر	نمایه توده بدنی BMI	
						بین صدک 5 تا 85			
						بین صدک 85 تا 95			
						صدک 95 و بیش تر			
							دارد	اختلال بینایی	چشم راست
							ندارد		چشم چپ
							دارد	اختلال شنوایی	گوش راست
							ندارد		گوش چپ
							دارد		
							ندارد		
							دندان پوسیده	اختلال دهان و دندان	
							دندان پر شده		
							دندان کشیده شده		
							لثه متورم		
							دندان 6*		
							مشکوک به آسم	اختلال ریوی	
							مشکوک به سل		
							ندارد		
							دارد	اختلال پوست و مو	
							ندارد		
							دارد	اختلال روانپزشکی	
							ندارد		
								نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم :	
								سمت :	
								امضاء:	

* در صورت رویش دندان 6، دانش آموز ارجاع گردد.

معاینه پزشک عمومی

اقدام بعدی		نتیجه پیگیری			پیگیری	درمان	درخواست آزمایش	اقدام		نوع ارزیابی	یافته ارزیابی
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود				وضعیت عمومی	وضعیت مخاط		
								صدک 3 و کم تر	قد به سن	وضعیت عمومی	
							صدک 97 و بیش تر				
							صدک 5 و کم تر	نمایه توده			
							بین صدک 85 تا 95	بدنی			
							صدک 95 و بیش تر	BMI			
							طبیعی	بررسی			
							رنگ پریده	مخاط			
							زرد				
							سالم	چشم		چشم	
							کونژکتیویت	راست			
							سالم	چشم چپ			
							کونژکتیویت				
							سالم	گوش		گوش	
							اوتیت مدیا	راست			
							اوتیت خارجی				
							سالم	گوش چپ			
							اوتیت مدیا				
							اوتیت خارجی				
							طبیعی	بررسی		غدد	
							بزرگ	اندازه تیروئید			
							سالم	ریه		ریه	
							آسم				
							سل				
							سالم	قلب و عروق		قلب و عروق	
							سوفل و صدای غیر طبیعی				
							غیر طبیعی بودن نبض ها ادم اندام ها و صورت				
							سالم	جلدی		جلدی	
							بیمار				
							سالم	ستون فقرات		ستون فقرات، قفسه سینه و اندام ها	
							اسکولیوز				
							کیفوز				
							لوردوز				
							سالم	قفسه سینه			
							اختلال شکل				
							سالم	اندام ها			
							غیر طبیعی				

معاینه پزشک عمومی

اقدام بعدی		نتیجه پیگیری			پیگیری	درمان	درخواست آزمایش	اقدام		نوع ارزیابی
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود				یافته ارزیابی	اقدام	
								سالم	شکم	ارگانومگالی دارد
								سالم	ادراری تناسلی	عفونت ادراری
								ندارد	اختلال روانپزشکی	دارد (کد مربوطه)
								سالم	اختلال ژنتیک و مادرزادی	عامل خطر دارد
								بیماری دارد		
								میزان فشار خون:		
سایر:										

جدول مراقبت ویژه*

نام داروی مصرفی	آلرژی	بیماری های ژنتیک و مادرزادی	آسم	بیماری های قلبی عروقی	صرع	دیابت	مقطع تحصیلی
							اول راهنمایی

* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد.

ارزیابی نهایی پزشک عمومی در پایه اول راهنمایی

دانش آموز ** سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.

نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی ** ندارد ** دارد نیاز به ارجاع دارد.

نیاز به مراقبت ویژه ** ندارد ** دارد مراقبت ویژه مورد نیاز
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:

توصیه های پزشک عمومی:

فعالیت ورزشی:

** بدون محدودیت ** دارای محدودیت علت محدودیت

** معاف موقت علت مدت

تاریخ نام و نام خانوادگی پزشک مهر و امضاء

نتایج معاینات پزشک عمومی (در دوره راهنمایی)

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد.
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد **	دارد **
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد **	دارد **
نیاز به ارجاع	نیاز به ارجاع	دارد.
نیاز به مراقبت ویژه مورد نیاز	مراقبت ویژه مورد نیاز	دارد.
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:		
توصیه های پزشک عمومی:		
فعالیت ورزشی: ** بدون محدودیت	** دارای محدودیت	علت محدودیت
** معاف موقت	علت	مدت
تاریخ مهر و امضای پزشک		

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد.
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد **	دارد **
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد **	دارد **
نیاز به ارجاع	نیاز به ارجاع	دارد.
نیاز به مراقبت ویژه مورد نیاز	مراقبت ویژه مورد نیاز	دارد.
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:		
توصیه های پزشک عمومی:		
فعالیت ورزشی: ** بدون محدودیت	** دارای محدودیت	علت محدودیت
** معاف موقت	علت	مدت
تاریخ مهر و امضای پزشک		

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد.
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد **	دارد **
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد **	دارد **
نیاز به ارجاع	نیاز به ارجاع	دارد.
نیاز به مراقبت ویژه مورد نیاز	مراقبت ویژه مورد نیاز	دارد.
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:		
توصیه های پزشک عمومی:		
فعالیت ورزشی: ** بدون محدودیت	** دارای محدودیت	علت محدودیت
** معاف موقت	علت	مدت
تاریخ مهر و امضای پزشک		

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد.
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد **	دارد **
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد **	دارد **
نیاز به ارجاع	نیاز به ارجاع	دارد.
نیاز به مراقبت ویژه مورد نیاز	مراقبت ویژه مورد نیاز	دارد.
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:		
توصیه های پزشک عمومی:		
فعالیت ورزشی: ** بدون محدودیت	** دارای محدودیت	علت محدودیت
** معاف موقت	علت	مدت
تاریخ مهر و امضای پزشک		

نتایج معاینات پزشک متخصص/ فوق تخصص (در دوره راهنمایی)

از دانش آموز در پایه معاینه به عمل آمد و ** سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم
.....
.....
تاریخ مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص

از دانش آموز در پایه معاینه به عمل آمد و ** سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم
.....
.....
تاریخ مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص

از دانش آموز در پایه معاینه به عمل آمد و ** سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم
.....
.....
تاریخ مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص

از دانش آموز در پایه معاینه به عمل آمد و ** سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم
.....
.....
تاریخ مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص

از دانش آموز در پایه معاینه به عمل آمد و ** سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم
.....
.....
تاریخ مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص

اختلالات/بیماری هایی که از نظر دندانپزشک مهم است:

** حساسیت دارویی	** سل	** دیابت	** اختلالات خونی
** مشکلات کلیوی	** مشکلات قلبی عروقی	** صرع	** مشکلات کبدی
** سابقه مصرف دارو	** اختلالات تیروئید	** هپاتیت ویروسی B و C	** آسم
		** سایر موارد	** مصرف فعلی دارو

ثبت خدمات دندانپزشکی مورد نیاز (توسط دندانپزشک/بهداشت کار دهان و دندان تکمیل گردد)

سایر موارد	فلورایدتراپی	جرم گیری و بروساژ	فیشورسیلانت	پالپوتومی	کشیدن	ترمیم	نوع ارزیابی پایه تحصیلی
							اول راهنمایی

* تاریخ، مهر و امضای دندانپزشک/بهداشتکار در سال اول راهنمایی

ارزیابی ساختار قامتی و آمادگی جسمانی

شست کج	کف پای صاف	زانو		کمر گود	پشت			شانه نا متقارن	سر به جلو	ناهنجاری
		پرانفزی	ضربدبری		صاف	گرد	کج			

* اگر ناهنجاری ندارد با (صفر) و در صورت وجود ناهنجاری متوسط با (1) و شدید با (2) مشخص شود.

ارزیابی ترکیب بدنی (ضخامت چربی)

پشت بازو	ساق پا	جمع (ضخامت دو موضع)	درصد چربی

ارزیابی آمادگی جسمانی مرتبط با سلامت *

قابلیت							آزمون
انعطاف پذیری	استقامت و قدرت عضلانی			آمادگی قلبی - عروقی			
نشستن و خم شدن به جلو	دراز و نشست	بارفیکس اصلاح شده	شنای سوئدی	1600 متر	540 متر	300 متر	

* در ارزیابی آمادگی جسمانی مرتبط با سلامت باید درصد چربی هم در نظر گرفته شود.

توصیه های لازم با اقدامات ارجاعی:

.....

.....

.....

.....

نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده:

سمت:

امضاء

مقطع متوسطه

محل ثبت تغییرات ایجاد شده در مشخصات فردی، مشخصات خانواده

نام خانوادگی:	نام آموزشگاه محل تحصیل:
مادر: در قید حیات **	نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار*:
وضعیت بیمه پایه:	تأمین اجتماعی:
بیمه تکمیلی:	کمپته امداد:
خدمات درمانی:	نیروهای مسلح:
روستائیان:	سایر:
ندارد:	دارد:

* تنها در صورتی که پدر دانش آموز در قید حیات نباشد مشخصات سرپرست خانوار نوشته شود.

سابقه بیماری/ عادت در خانواده *

اختلالات عضوی ناتوان کننده	اختلالات روانپزشکی	بیماری ها یا عوامل خطر ژنتیک و مادرزادی	بیماری قلبی عروقی زیر 50 سال	اختلال چربی های خون	استعمال مواد دخانی	پرفشاری خون	دیابت	نوع بیماری/ عادت افراد خانواده
								پدر
								مادر
								خواهر، برادر

* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد.

وضعیت ایمن سازی

تاریخ تلقیح:	** نزده	** زده	واکسن دوگانه بزرگسالان (توام):	14-16 سالگی اول متوسطه
--------------	---------	--------	--------------------------------	---------------------------

نام مدرسه: منطقه/ ناحیه:

آدرس:

تلفن تماس:

نام و آدرس مرکز بهداشتی درمانی که مدرسه تحت پوشش آن قرار دارد:
شماره پرونده خانوار: نام و آدرس مرکز بهداشتی درمانی خانوار:

آدرس دقیق محل سکونت: استان شهر روستا

شماره تلفن ضروری:

توضیحات:

ارزیابی مقدماتی

توضیحات	پیگیری	توصیه	نتیجه ارجاع		ارجاع		اقدام		
			تایید اختلال	سالم	غیر فوری	فوری	یافته های ارزیابی	نوع ارزیابی	
							صدک 3 و کم تر	قد به سن	
						بین صدک 3 تا 97	بین صدک 3 تا 97		
						صدک 97 و بیش تر	صدک 97 و بیش تر		
							صدک 5 و کم تر	نمایه توده بدنی BMI	
						بین صدک 5 تا 85	بین صدک 5 تا 85		
						بین صدک 85 تا 95	بین صدک 85 تا 95		
						صدک 95 و بیش تر	صدک 95 و بیش تر		
							دارد	چشم راست	اختلال بینایی
							ندارد		
							دارد	چشم چپ	اختلال بینایی
							ندارد		
							دارد	گوش راست	اختلال شنوایی
							ندارد		
							دارد	گوش چپ	اختلال شنوایی
							ندارد		
							دندان پوسیده	اختلال دهان و دندان	
							دندان پر شده		
							دندان کشیده شده		
							لثه متورم		
							مشکوک به آسم	اختلال ریوی	
							مشکوک به سل		
							ندارد		
							دارد	اختلال پوست و مو	
							ندارد		
							دارد	اختلال روانپزشکی	
							ندارد		
		امضاء :				سمت :	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم :		

معاینه پزشک عمومی

اقدام بعدی		نتیجه پیگیری			پیگیری	درمان	درخواست آزمایش	اقدام		نوع ارزیابی
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود				یافته ارزیابی		
								صدک 3 و کم تر	قد به سن	وضعیت عمومی
							صدک 97 و بیش تر	صدک 5 و کم تر	نمایه توده	
							بین صدک 85 تا 95	صدک 95 و بیش تر	بدنی BMI	
							طبیعی	رنگ پریده	بررسی مخاط	
							زرد			
							سالم		چشم ر است	
							کونژنکتیویت			چشم
							سالم		چشم چپ	
							کونژنکتیویت			گوش
							سالم		گوش راست	
							اوتیت مدیا			
							اوتیت خارجی			
							سالم		گوش چپ	گوش
							اوتیت مدیا			
							اوتیت خارجی			
							طبیعی		بررسی	غدد
							بزرگ		اندازه تیر وئید	
							سالم			ریه
							آسم			
							سل			
							سالم			قلب و عروق
							سوفل و صدای غیر طبیعی			
							غیر طبیعی بودن نبض ها ادم اندام ها و صورت			
							سالم			جلدی
							بیمار			
							سالم			ستون فقرات
							اسکولیوز			
							کیفوز لوردوز			
							سالم		قفسه	قفسه سینه و اندام ها
							اختلال شکل		سینه	
							سالم			اندام ها
							غیر طبیعی			

معاینه پزشک عمومی

اقدام بعدی		نتیجه پیگیری			پیگیری	درمان	درخواست آزمایش	بافته ارزیابی	
								اقدام	نوع ارزیابی
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود					
								سالم	شکم
								ارگانومگالی	
								طبیعی	ادراری تناسلی
								عفونت ادراری	
								ندارد	اختلال روانپزشکی
								دارد (کد مربوطه)	
								طبیعی	روند بلوغ
								غیر طبیعی	
								سالم	اختلال ژنتیک و مادرزادی
								عامل خطر	
								بیماری	
								میزان فشار خون:	
سایر:									

جدول مراقبت ویژه *

نام داروی مصرفی	آلرژی	بیماری های ژنتیک و مادرزادی	آسم	بیماری های قلبی عروقی	صرع	دیابت	مقطع تحصیلی
							اول متوسطه

* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد.

ارزیابی نهایی پزشک عمومی در پایه اول متوسطه

دانش آموز .. سالم است	مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد.	
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد	دارد	نیاز به ارجاع
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد	دارد	مراقبت ویژه مورد نیاز
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:			
توصیه های پزشک عمومی:			
فعالیت ورزشی:			
بدون محدودیت	دارای محدودیت	علت محدودیت	
معاف موقت	علت	مدت	
تاریخ			
نام و نام خانوادگی پزشک			
مهر و امضاء			

نتایج معاینات پزشک عمومی (در دوره متوسطه)

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد.
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد **	دارد **
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد **	دارد **
نیاز به ارجاع	نیاز به ارجاع	دارد.
نیاز به مراقبت ویژه مورد نیاز	مراقبت ویژه مورد نیاز	دارد.
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:		
توصیه های پزشک عمومی:		
فعالیت ورزشی: ** بدون محدودیت	** دارای محدودیت	علت محدودیت
** معاف موقت	علت	مدت
تاریخ مهر و امضای پزشک		

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد.
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد **	دارد **
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد **	دارد **
نیاز به ارجاع	نیاز به ارجاع	دارد.
نیاز به مراقبت ویژه مورد نیاز	مراقبت ویژه مورد نیاز	دارد.
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:		
توصیه های پزشک عمومی:		
فعالیت ورزشی: ** بدون محدودیت	** دارای محدودیت	علت محدودیت
** معاف موقت	علت	مدت
تاریخ مهر و امضای پزشک		

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد.
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد **	دارد **
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد **	دارد **
نیاز به ارجاع	نیاز به ارجاع	دارد.
نیاز به مراقبت ویژه مورد نیاز	مراقبت ویژه مورد نیاز	دارد.
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:		
توصیه های پزشک عمومی:		
فعالیت ورزشی: ** بدون محدودیت	** دارای محدودیت	علت محدودیت
** معاف موقت	علت	مدت
تاریخ مهر و امضای پزشک		

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد.
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد **	دارد **
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد **	دارد **
نیاز به ارجاع	نیاز به ارجاع	دارد.
نیاز به مراقبت ویژه مورد نیاز	مراقبت ویژه مورد نیاز	دارد.
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:		
توصیه های پزشک عمومی:		
فعالیت ورزشی: ** بدون محدودیت	** دارای محدودیت	علت محدودیت
** معاف موقت	علت	مدت
تاریخ مهر و امضای پزشک		

نتایج معاینات پزشک متخصص/ فوق تخصص (در دوره متوسطه)

از دانش آموز در پایه معاینه به عمل آمد و ** سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم

.....
.....

تاریخ مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص

از دانش آموز در پایه معاینه به عمل آمد و ** سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم

.....
.....

تاریخ مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص

از دانش آموز در پایه معاینه به عمل آمد و ** سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم

.....
.....

تاریخ مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص

از دانش آموز در پایه معاینه به عمل آمد و ** سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم

.....
.....

تاریخ مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص

از دانش آموز در پایه معاینه به عمل آمد و ** سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم

.....
.....

تاریخ مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص

اختلالات/ بیماری هایی که از نظر دندانپزشک مهم است:

** اختلالات خونی ** دیابت ** حساسیت دارویی
 ** مشکلات کبدی ** صرع ** مشکلات قلبی عروقی ** سل
 ** آسم ** هپاتیت ویروسی B و C ** اختلالات تیروئید ** حساسیت دارویی
 ** مصرف فعلی دارو ** سایر موارد ** سابقه مصرف دارو

ثبت خدمات دندانپزشکی مورد نیاز (توسط دندانپزشک/ بهداشت کار دهان و دندان تکمیل گردد)

سایر موارد	فلورایدتراپی	جرم گیری و بروساژ	فیشورسیلانت	پالپوتومی	کشیدن	ترمیم	نوع ارزیابی
							پایه تحصیلی
							اول متوسطه

* تاریخ، مهر و امضای دندانپزشک/ بهداشتکار در سال اول متوسطه

ارزیابی ساختار قامتی و آمادگی جسمانی

شست کج	کف پای صاف	زانو		کمر گود	پشت			شانه نا متقارن	سر به جلو	ناهنجاری
		پرانقزی	ضربدبری		صاف	گرد	کج			

* اگر ناهنجاری ندارد با (صفر) و در صورت وجود ناهنجاری متوسط با (1) و شدید با (2) مشخص شود.

ارزیابی ترکیب بدنی (ضخامت چربی)

پشت بازو	ساق پا	جمع (ضخامت دو موضع)	درصد چربی

ارزیابی آمادگی جسمانی مرتبط با سلامت *

قابلیت							آزمون
انعطاف پذیری	استقامت و قدرت عضلانی			آمادگی قلبی - عروقی			
نشستن و خم شدن به جلو	دراز و نشست	بارفیکس اصلاح شده	شنای سوئدی	1600 متر	540 متر	300 متر	

* در ارزیابی آمادگی جسمانی مرتبط با سلامت باید درصد چربی هم در نظر گرفته شود.

توصیه های لازم با اقدامات ارجاعی:

.....

.....

.....

.....

نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده:

سمت:

امضاء

- § تکمیل و بررسی این شناسنامه منحصراً توسط پزشکان و مسئولین ذیربط امکان پذیر است.
- § حفظ و نگه داری آن ضروری و المثنی صادر نمی شود.
- § از یابنده تقاضا می شود آن را به آدرس آموزشگاه و یا اداره آموزش و پرورش منطقه تحویل دهد.