



جمهوری اسلامی ایران

شناسنامه

سلامت دانش آموز

نام و نام خانوادگی: .....

## به نام خدا

محل الصاق عکس

دانش آموز

### ولی/سرپرست قانونی محترم دانش آموز

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: خانم/آقای نام: ..... نام خانوادگی: ..... ولی/ سرپرست قانونی دانش آموز 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.

محل الصاق برچسب

امضاء و اثر انگشت ولی/سرپرست قانونی دانش آموز

دبستان ابتدایی: ..... ناحیه/ منطقه .....

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. لازم است شرایط آموزشی با وضعیت جسمی دانش آموز ..... تطبیق داده شود ..... تطبیق داده نشود

4. توضیحات .....

مهر و امضای مسئول پایگاه سنجش

تاریخ

مهر و امضای مسئول مرکز بهداشتی درمانی

تاریخ

مدرسه راهنمایی: ..... ناحیه/ منطقه .....

بدین وسیله گواهی می شود معاینه دانش آموز ..... در مرکز بهداشتی درمانی ..... در پایه اول راهنمایی صورت پذیرفت و ثبت نام

دانش آموز در سال تحصیلی ..... بلامانع می باشد.

مهر و امضای مسئول مرکز بهداشتی درمانی

تاریخ

مدرسه متوسطه: ..... ناحیه/ منطقه .....

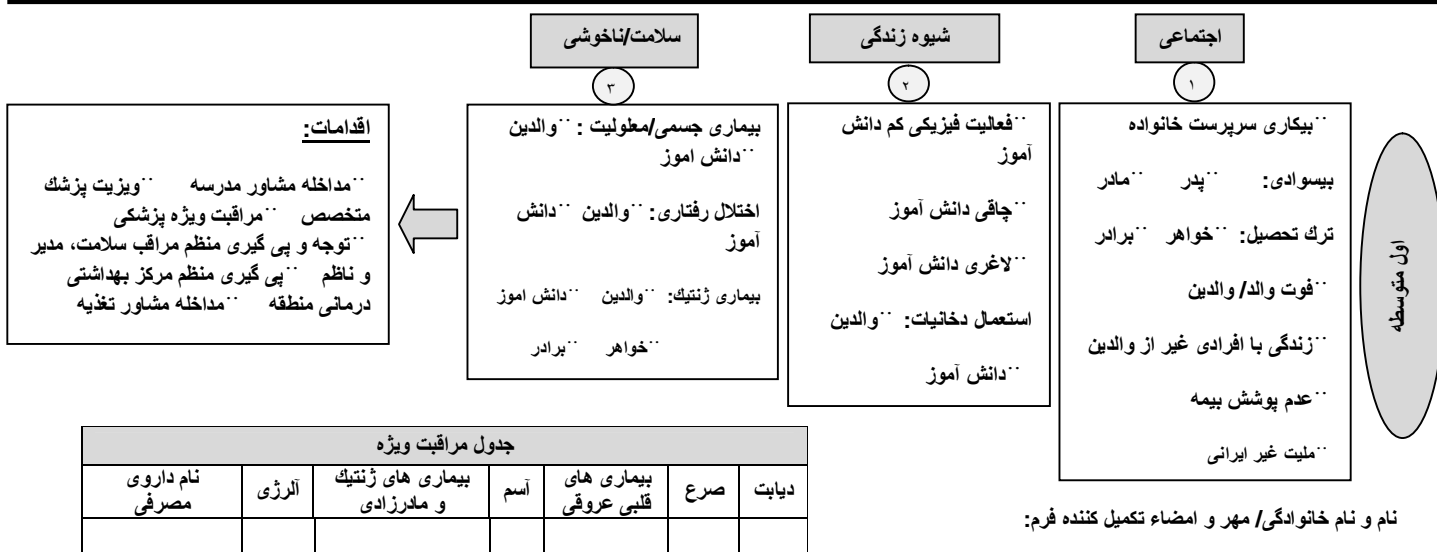
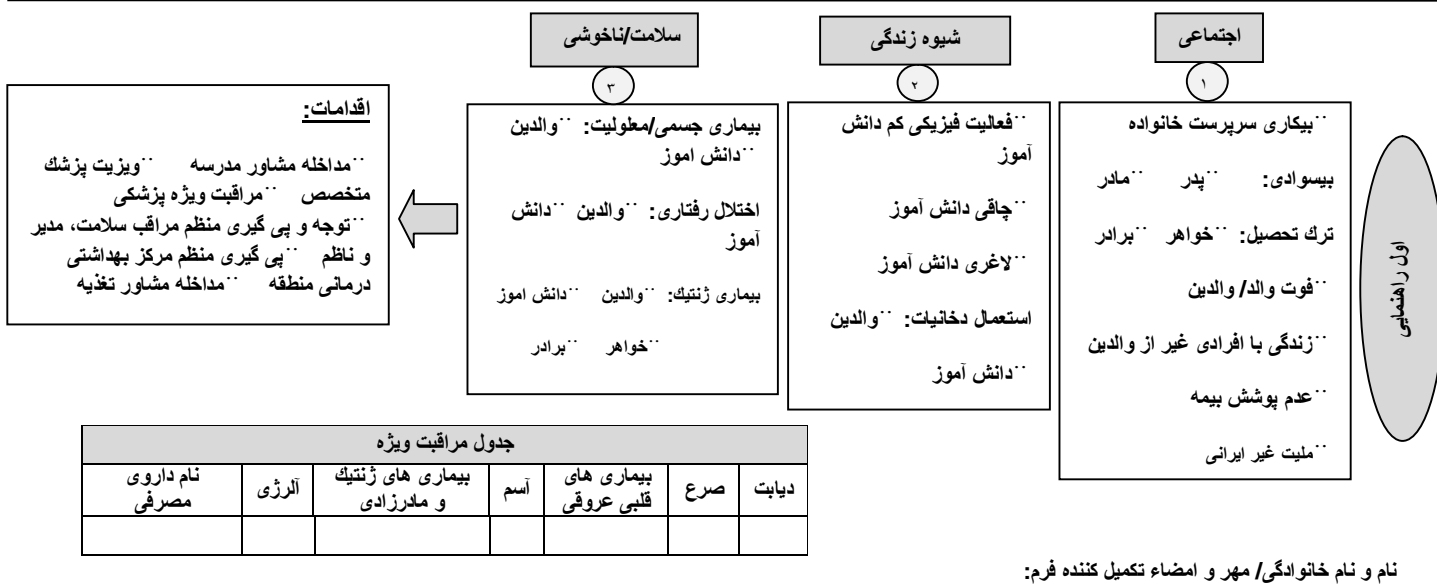
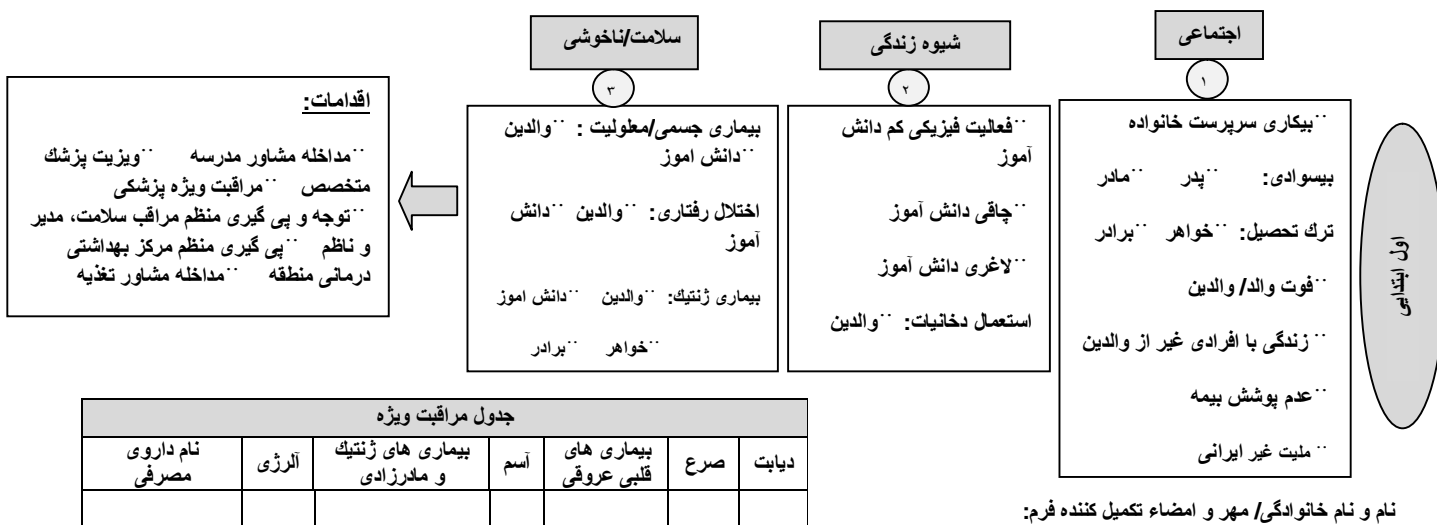
بدین وسیله گواهی می شود معاینه دانش آموز ..... در مرکز بهداشتی درمانی ..... در پایه اول متوسطه صورت پذیرفت و ثبت نام

دانش آموز در سال تحصیلی ..... بلامانع می باشد.

مهر و امضای مسئول مرکز بهداشتی درمانی

تاریخ

وضعیت سلامت و عوامل موثر بر سلامت دانش آموز \*



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

## اطلاعات عمومی دانش آموز

### مشخصات فردی

نام:	نام خانوادگی:		کد ملی:
تاریخ تولد:	13...../...../.....	دین:	اسلام    سایر
سابقه آموزش قبل از دبستان:	ندارد    دارد	وضعیت بیمه پایه:	تامین اجتماعی    خدمات درمانی    نیروهای مسلح
بیمه تکمیلی:	دارد    ندارد	کمیتہ امداد:	روستائیان    سایر    ندارد
وضعیت زبان:	یک زبانه    دو زبانه	دست غالب:	راست    چپ    اتباع خارجی:    افغانی    سایر ملیت ها

### مشخصات خانواده

1- پدر:		نام و نام خانوادگی پدر:	بی سواد    ابتدایی یا نهضت سوادآموزی    راهنمایی
سال تولد:	میزان تحصیلات:	متوسطه یا حوزوی	فوق دیپلم    لیسانس و بالاتر
شغل:	شاغل در بخش خصوصی	شاغل در بخش دولتی	دارای کار آزاد (خویش فرما)
در قید حیات:	مقرری بگیر (مستمری بگیر)	بازنشسته	بیکار
	هست    نیست		
2- مادر:		نام و نام خانوادگی مادر:	بی سواد    ابتدایی یا نهضت سوادآموزی    راهنمایی
سال تولد:	میزان تحصیلات:	متوسطه یا حوزوی	فوق دیپلم    لیسانس و بالاتر
شغل:	شاغل در بخش خصوصی	شاغل در بخش دولتی	دارای کار آزاد (خویش فرما)
در قید حیات:	مقرری بگیر (مستمری بگیر)	بازنشسته	خانه دار
	هست    نیست		
3- آیا بین والدین نسبت خویشاوندی وجود دارد؟    خیر    بلی    4- درجه خویشاوندی: 1    2    3			
5- آیا والدین متارکه کرده اند؟    بلی    خیر    در صورت فوت، متارکه و ..... والدین، دانش آموز با چه کسی زندگی می کند؟ (ذکر شود) .....			
6- تعداد افراد خانواده: ..... 7- چندمین فرزند خانواده: ..... 8- محل سکونت:    شهر    روستا			

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

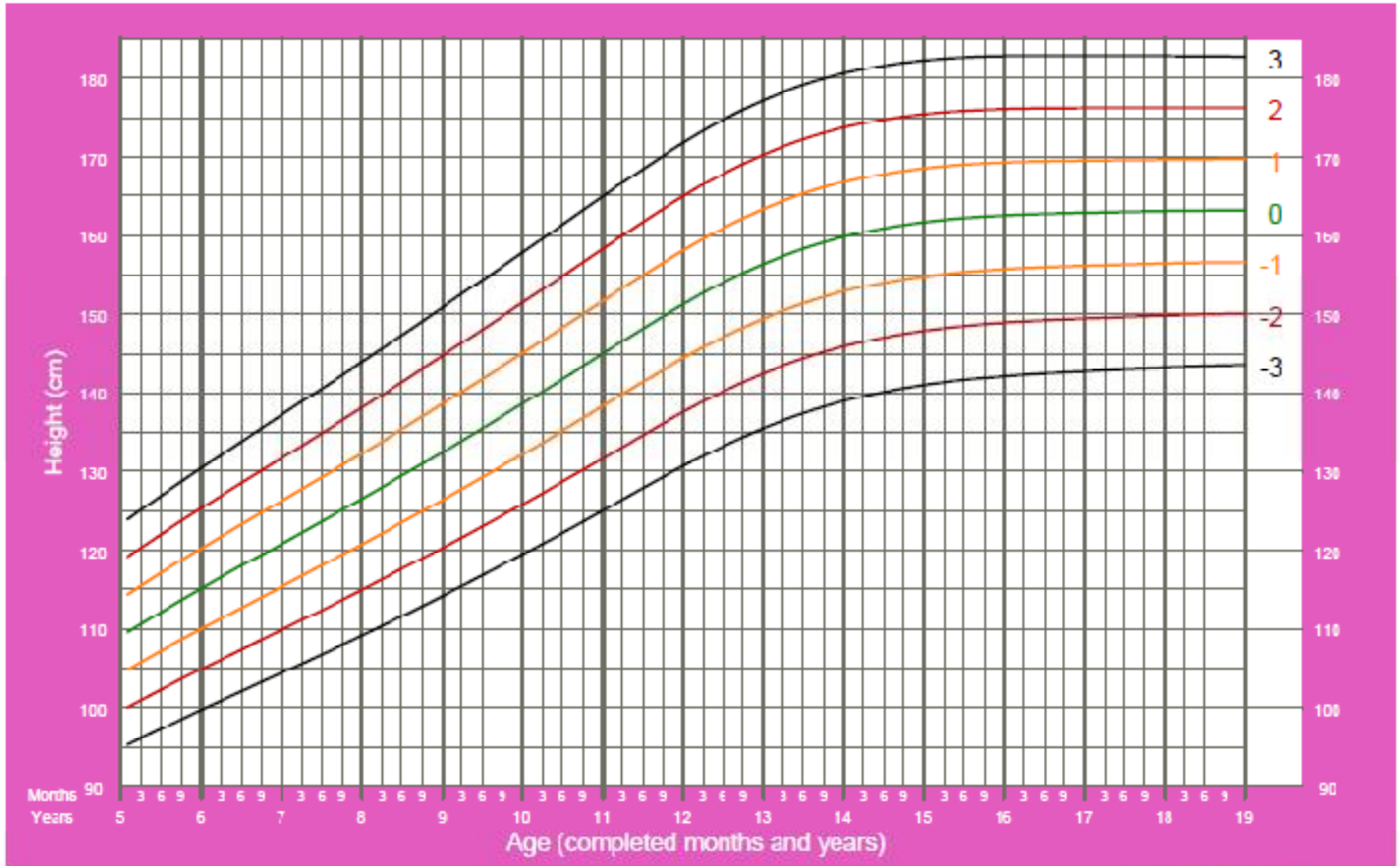
### بررسی سوابق بهداشتی دانش آموز (وضعیت ایمن سازی تا 6 سالگی)

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

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: .....

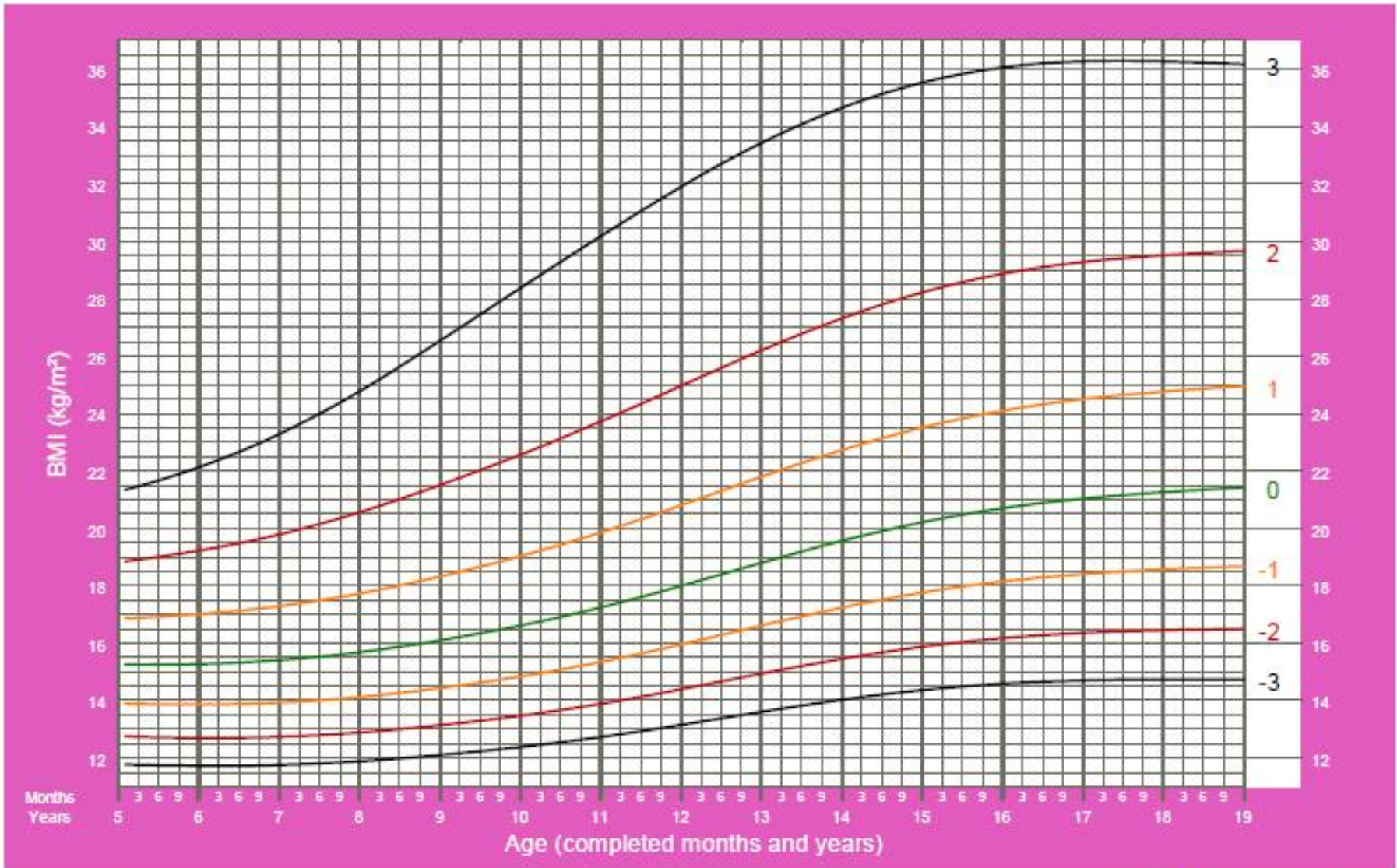
تاریخ تکمیل:

قد به سن - دختران (5 - 19 سال)



2007 WHO Reference

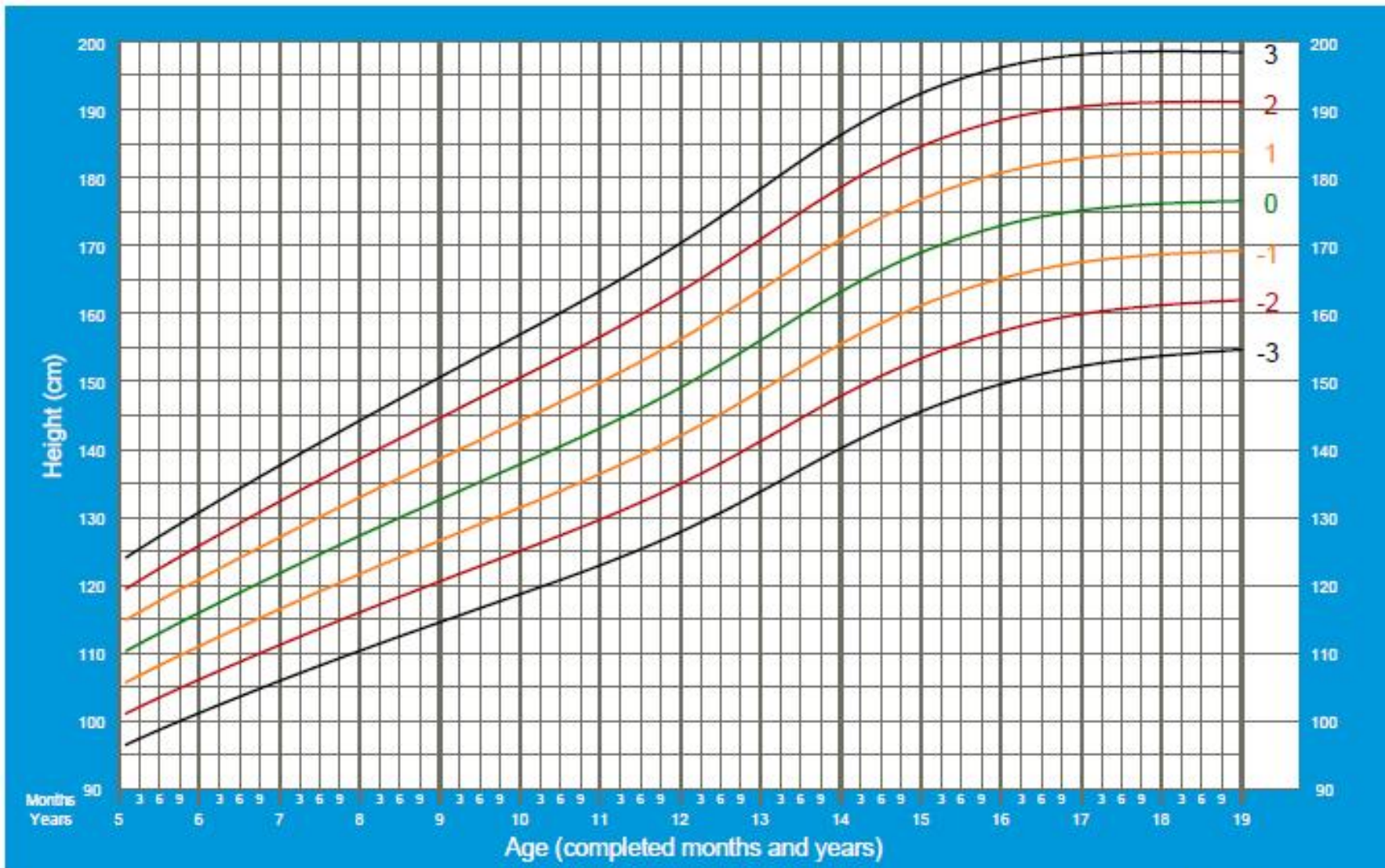
نمایه توده بدنی - دختران (5-19 سال)



2007 WHO Reference

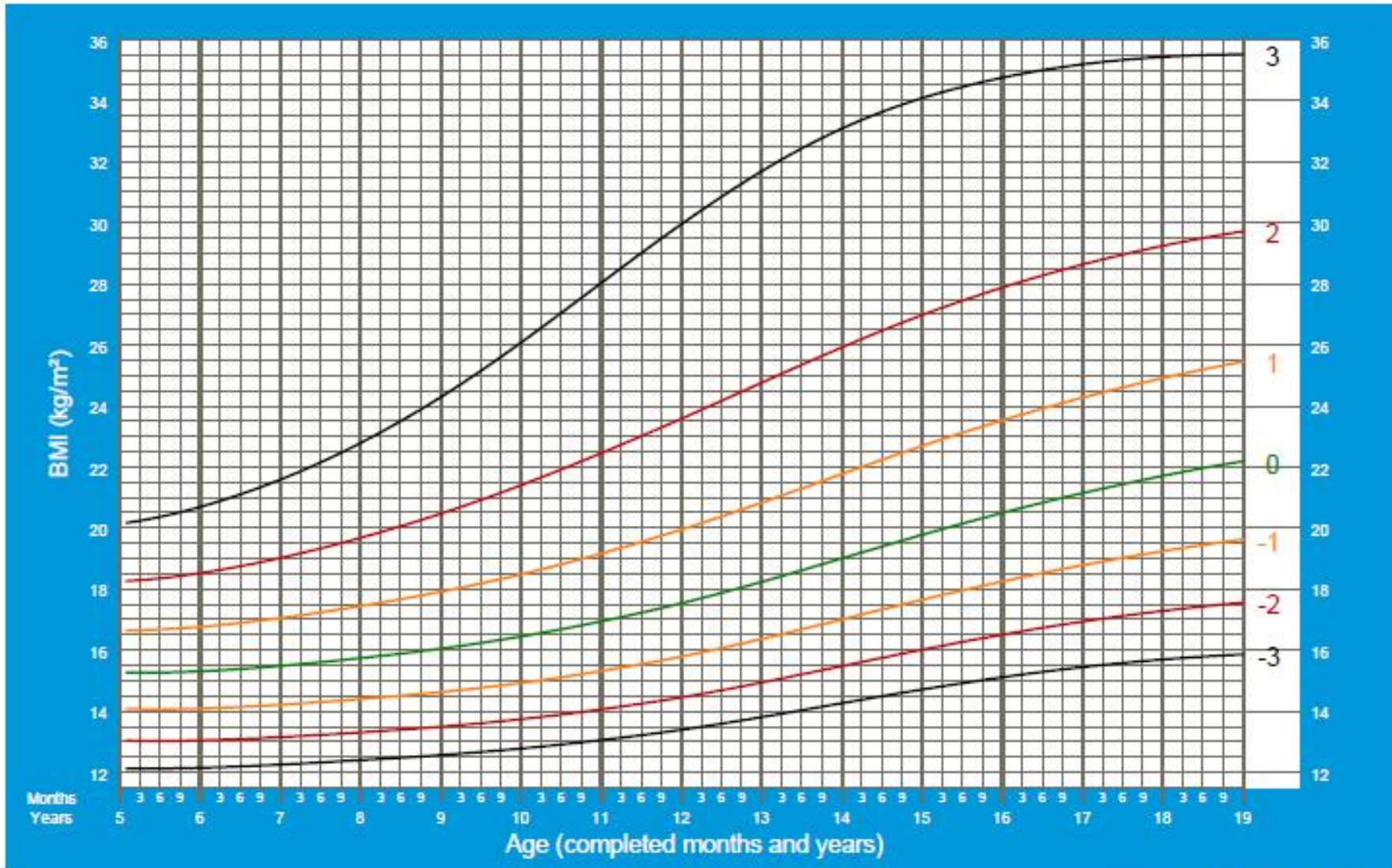


قد به سن - پسران (5 - 19 سال)



2007 WHO Reference

نمایه توده بدنی - پسران (5-19 سال)



2007 WHO Reference



جدول ثبت نتایج پایش رشد

اول متوسطه	اول راهنمایی	ابتدایی						عنوان
		ششم	پنجم	چهارم	سوم	دوم	اول	
								سن (ماه / سال)
								وزن به کیلوگرم
								قد به سانتی متر
								* BMI

\* قد (متر) × قد (متر) / وزن (کیلوگرم) = نمایه توده بدنی (BMI)

جدول ثبت نمایه توده بدنی

بین 2 z-score و 1 z-score طبیعی	بالای 3 z-score جاق	بین 2 z-score و 3 z-score اضافه وزن	بین 1 z-score و 2 z-score خطر اضافه وزن	بین 2 z-score و 3 z-score و لاغر	زیر 3 z-score - لاغری شدید	Z score پایه و دوره	
						اول	ابتدایی
						دوم	ابتدایی
						سوم	
						چهارم	
						پنجم	
						ششم	
						اول	راهنمایی
						اول	متوسطه

جدول ثبت قد به سن

بین 2 z-score و 3 z-score طبیعی	بین 2 z-score و 3 z-score کوتاه قدی	بالای 3 z-score خیلی بلند قد	زیر 3 z-score - کوتاه قدی شدید	Z score پایه و دوره	
				اول	ابتدایی
				دوم	
				سوم	
				چهارم	
				پنجم	
				ششم	راهنمایی
				اول	
				اول	متوسطه

جدول ثبت نتایج پایش رشد\*

متوسطه حرفه ای	پیش حرفه ای	ابتدایی									دوره و پایه تحصیلی	عنوان
		پنجم تکمیلی	پنجم مقدماتی	چهارم	سوم	دوم	اول	اول	اول	آمادگی تکمیلی		
												سن (ماه / سال)
												وزن به کیلوگرم
												قد به سانتی متر
												BMI **

\*\*  $\text{قد (متر)} \times \text{قد (متر)} / \text{وزن (کیلوگرم)} = \text{نمایه توده بدنی (BMI)}$

جدول ثبت نمایه توده بدنی\*

بین 2 z-score و 1 z-score طبیعی	بالای 3 z-score چاق	بین 2 z-score و 3 z-score اضافه وزن	بین 1 z-score و 2 z-score خطر اضافه وزن	بین 2 z-score و 3 z-score لاغر	زیر 3 z-score - لاغری شدید	Z score		پایه و دوره
						آمادگی مقدماتی	آمادگی تکمیلی	
								ابتدایی
							اول	
							اول	
							اول	
							دوم	
							سوم	
							چهارم	
							پنجم مقدماتی	
							پنجم تکمیلی	
							اول	پیش حرفه ای
							اول	متوسطه حرفه ای

جدول ثبت قد به سن\*

بین 2 z-score و 3 z-score طبیعی	بین 2 z-score و 3 z-score کوتاه قدی	بالای 3 z-score خیلی بلند قد	زیر 3 z-score - کوتاه قدی شدید	Z score		پایه و دوره
				آمادگی مقدماتی	آمادگی تکمیلی	
						ابتدایی
					اول	
					اول	
					اول	
					دوم	
					سوم	
					چهارم	
					پنجم مقدماتی	
					پنجم تکمیلی	
					اول	پیش حرفه ای
					اول	متوسطه حرفه ای

\* جداول فوق ویژه دانش آموزان با نیازهای ویژه می باشد.

ارزیابی مقدماتی\*

تاریخ پیگیری	توصیه	نتیجه ارجاع	نیاز به ارجاع	پایه تحصیلی								یافته های ارزیابی		نوع ارزیابی							
				متوسط حرفه ای	پیش حرفه ای	پنجم		چهارم	سوم	دوم	اول				آمادگی						
						تکمیلی	مقدماتی				3	2	1	2	1						
																		زیر 3-z-score	قد به سن		
																		بالای 3-z-score			
																		بین 2-z-score و 3-z-score			
																		بین 2-z-score و 3-z-score			
																			زیر 3-z-score	نمایه توده بدنی	
																			بین 2-z-score و 3-z-score		
																			بین 1 z-score و 2 z-score		
																			بین 2 z-score و 3 z-score		
																			بالای 3 z-score	پوست و مو	
																			بین 2-z-score و 1 z-score		
																			زیر 2-z-score و 1 z-score		
																			بالای 3 z-score		
																			پدیولوژی سر	دهان و دندان	
																			سایر		
																			پوسیده		
																			پرسده		
																			لثه	ریه	
																			ناهنجاری فک و دهان		
																			آسم		
																			سایر		
																			فقر آهن	تغذیه	
																			کمبود مواد معدنی		
																			ناهنجاری ستون فقرات		
																			اختلال در راه رفتن		
																			اختلال عملکرد	اسکلتی عضلانی	
																			ظریف		
																			درشت		
																			دست		
																				قفسه سینه	
																				اعصاب و روان	
																					شب اداری
																					اضطراب
																					افسردگی
																				ناخن جویدن	اختلال بینایی
																				تشنج	
																				چشم چپ	
																				چشم راست	
																				اختلال دید رنگ	اختلال شنوایی
																				کوش راست	
																				کوش چپ	
																				اختلال گفتاری	
																				اختلال رفتاری	
																				سایر موارد	
			اعضاء	سمت :										نام و نام خانوادگی معاینه کننده :							

\* جدول فوق ویژه دانش آموزان با نیازهای ویژه می باشد.

## ارزیابی مقدماتی

## پایه اول ابتدایی

تاریخ پیگیری	اقدامات مورد نیاز				یافته ارزیابی		نوع ارزیابی
	توصیه	نتیجه ارجاع		نیاز به ارجاع			
		تایید اختلال	سالم	ندارد	دارد		
						زیر 3 z-score	قد به سن
						بالای 3 z-score	
						بین 2 z-score و 3 z-score	
						بین 2 z-score و 3 z-score	
						زیر 3 z-score	نمایه توده بدنی
						بین 2 z-score و 3 z-score	
						بین 1 z-score و 2 z-score	
						بین 2 z-score و 3 z-score	
						بالای 3 z-score	
						بین 2 z-score و 1 z-score	
						پدیکولوز	اختلال پوست و مو
						سر	
						سایر	
						دندان پوسیده	وضعیت دهان و دندان*
						دندان پر شده	
						لثه ملتهب	
						مجموعه دندانی سالم است	
						مشکوک به آسم	اختلال ریوی
						مشکوک به سل	
						ندارد	
						مشکوک به اختلال روانپزشکی	اختلال روانپزشکی
						ندارد	
						تغذیه نامناسب	رفتارهای پرخطر
						تماس با مواد دخانی	
						کم تحرکی	
						ندارد	
						بالای صدک 90	فشار خون .....
						طبیعی	

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

معاینه کننده		تاریخ پیگیری	اقدامات مورد نیاز				یافته ارزیابی		نوع ارزیابی
سمت و امضا	نام و نام خانوادگی		توصیه	نتیجه ارجاع		نیاز به ارجاع			
				تایید اختلال	سالم	ندارد	دارد		
							/	چشم چپ	اختلال بینایی
							/	چشم راست	
								اختلال دید رنگ	
								گوش راست	اختلال شنوایی
								گوش چپ	
									اختلال گفتاری
									آمادگی تحصیلی
									اختلال رفتاری (اوتیسم)
نام و نام خانوادگی معاینه کننده:			سمت:		امضا:				

## ارزیابی وضعیت پزشکی

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	فشار خون بالا	دیابت	نوع بیماری / عادت	
								افراد خانواده	
								پدر	
								مادر	
								خواهر، برادر	

\* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد.

جدول مراقبت ویژه \*

نام داروی مصرفی (بیشتر از 3 ماه)	آلرژی	بیماری های ژنتیک و مادرزادی (هموفیلی، تالاسمی و ...)	آسم	بیماری های قلبی عروقی	صرع	دیابت	مقطع تحصیلی
							اول ابتدایی

\* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد.



اقدام بعدی		درمان			پیگیری	درخواست آزمایش	درمان	اقدام	
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود				یافته ارزیابی	نوع ارزیابی
								زیر z-score -3	قد به سن
								بالای z-score +3	
								بین z-score -2 و z-score -3	
								بین z-score -2 و z-score +3	
								زیر z-score -3	نمایه توده بدنی BMI
								بین z-score -2 و z-score -3	
								بین z-score 1 و z-score 2	
								بین z-score 2 و z-score 3	
								بالای z-score 3	
								بین z-score -2 و z-score 1	
								زردی اسکلا	
								طبیعی	بررسی
								رنگ پریده	مخاط
								سالم	چشم راست
								اختلال بینایی	
								کوئزکتیویت	
								سالم	چشم چپ
								اختلال بینایی	
								کوئزکتیویت	
								سالم	گوش راست
								اختلال شنوایی	
								اوتیت مدیا	
								اوتیت خارجی	
								سالم	گوش چپ
								اختلال شنوایی	
								اوتیت مدیا	
								اوتیت خارجی	
								گواتر دارد	غدد
								وجود مشکل بدون گواتر	
								سالم	
								سالم	ریه
								آسم	
								طبیعی	قلب و عروق
								در خطر ابتلا به بیماری زودرس	
								بیماری دارد	

اقدام بعدی		نتیجه پیگیری			پیگیری	درخواست آزمایش	درمان	اقدام	
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود				یافته ارزیابی	نوع ارزیابی
								سالم	جدلی
								غیر طبیعی	
								سالم	ستون فقرات
								اسکولیوز	
								کیفوز لوردوز	
								سالم	قفسه سینه
								اختلال شکل دارد	
								سالم	اندام ها
								غیر طبیعی	
								ندارد	اختلال روانپزشکی
						کد....		دارد (کد مربوطه)	
								سالم	شکم
								توده شکمی ارگانومگالی	
								طبیعی	ادراری تناسلی
								عفونت ادراری عدم نزول بیضه (در پسران)	
								طبیعی	روند بلوغ (دختران)
								زودرس	
								سالم	اختلال ژنتیک و مادرزادی
								عامل خطر دارد اختلال دارد	
								طبیعی	فشار خون: .....
								پره هیپرتانسیون هیپرتانسیون مرحله I	
								هیپرتانسیون مرحله II	
									سایر با ذکر مورد

### ارزیابی نهایی پزشک عمومی از دانش آموز در پایه اول ابتدایی

دانش آموز مبتلا به بیماری/اختلال	می باشد/ نمی باشد	نوع بیماری/اختلال	.....
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد	دارد	نیاز به ارجاع ..... دارد.
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد	دارد	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 عمومی (در دوره ابتدایی)

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری/اختلال	می باشد/ نمی باشد	.....
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد	دارد	نیاز به ارجاع ..... دارد.
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد	دارد	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/ نمی باشد	.....
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد	دارد	نیاز به ارجاع ..... دارد.
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد	دارد	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 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 \*\* مشکلات کبدی \*\* مشکلات قلبی عروقی \*\*  
 آسم \*\* مشکلات کلیوی \*\* صرع \*\* هیپاتیت ویروسی B و C \*\* اختلالات تیروئید \*\*  
 سابقه مصرف دارو \*\* مصرف فعلی دارو \*\* حساسیت دارویی \*\* سایر موارد .....

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

نوع ارزیابی	ترمیم	کشیدن	پالپوتومی	فیشرور سیلانت	جرم گیری و بروساز	فلورایدتراپی	سایر	تاریخ، مهر و امضای دندانپزشک/بهداشتکار
								پایه تحصیلی
اول								
دوم								
سوم								
چهارم								
پنجم								
ششم								

**راهنمای دندانپزشک/بهداشت کار دهان و دندان**

به منظور یکسان سازی ورود داده ها و استخراج صحیح آمار و اطلاعات، نوع خدمات ارائه شده به شرح ذیل ثبت گردد:  
 نوع خدمت: معاینه و آموزش/ ترمیم/ فلورایدتراپی/ فیشرورسیلانت/ PRR/ کشیدن/ جرم گیری و بروساز/ درمان ریشه و .....

نمونه ای از ثبت خدمت: ترمیم دو سطحی دندان E، درمان ریشه دندان 6

**شرح خدمات دندانپزشکی انجام شده (در دوره ابتدایی)**

تاریخ	پایه تحصیلی	نام مرکز ارائه دهنده خدمت		نوع خدمت ارائه شده	نام و نام خانوادگی ارائه دهنده خدمت	سمت،
		خصوصی	مرکز بهداشتی درمانی/ پایگاه			



### ارزیابی ساختار قامتی و آمادگی جسمانی در مقطع ابتدایی

ناهنجاری									نوع ارزیابی	
شست کج	کف پای صاف	زانو		کمر گود	پشت			شانه نا متقارن		سر به جلو
		پرانتری	ضربداری		صاف	گرد	کج			
										اول
										دوم
										سوم
										چهارم
										پنجم
										ششم

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\*

ششم ابتدایی	پنجم ابتدایی	چهارم ابتدایی	سوم ابتدایی	دوم ابتدایی	اول ابتدایی	مقطع		قابلیت
						آزمون		
						پیمودن	300 متر	آمادگی قلبی عروقی
						نیپمودن		
						دویدن		
						راه رفتن		
						دویدن	540 متر	استقامت و قدرت عضلانی
						راه رفتن		
						شای سوئدی	انعطاف پذیری	
						بارفیکس اصلاح شده		
						دراز و نشست		
						نشستن و خم شدن به جلو		

\* 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: ..... نام خانوادگی: ..... نام آموزشگاه محل تحصیل: .....

پدر: در قید حیات هست \*\* در قید حیات نیست \*\* مادر: در قید حیات هست \*\* در قید حیات نیست \*\*

آیا والدین متارکه کرده اند؟ \*\* بلی \*\* خیر

در صورت فوت، متارکه و ..... والدین، نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار و نسبت وی با دانش آموز: .....

میزان تحصیلات پدر: \*\* بی سواد \*\*  
 \*\* متوسطه یا حوزوی \*\*  
 \*\* فوق دیپلم \*\*  
 \*\* ابتدایی یا نهضت سوادآموزی \*\*  
 \*\* راهنمایی

شغل پدر: \*\* شاغل در بخش خصوصی \*\*  
 \*\* شاغل در بخش دولتی \*\*  
 \*\* فوق دیپلم \*\*  
 \*\* لیسانس و بالاتر

میزان تحصیلات مادر: \*\* بی سواد \*\*  
 \*\* متوسطه یا حوزوی \*\*  
 \*\* فوق دیپلم \*\*  
 \*\* ابتدایی یا نهضت سوادآموزی \*\*  
 \*\* راهنمایی

شغل مادر: \*\* شاغل در بخش خصوصی \*\*  
 \*\* شاغل در بخش دولتی \*\*  
 \*\* فوق دیپلم \*\*  
 \*\* لیسانس و بالاتر

وضعیت بیمه پایه: \*\* تامین اجتماعی \*\* خدمات درمانی \*\* نیروهای مسلح \*\* کمیته امداد \*\* روستائیان \*\* 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: .....

تاریخ پیگیری	اقدامات مورد نیاز					یافته ارزیابی		نوع ارزیابی
	توصیه	نتیجه ارجاع		نیاز به ارجاع				
		تأیید اختلال	سالم	ندارد	دارد			
							زیر 3 z-score	قد به سن
							بالای 3 z-score	
							بین 2 z-score و 3 z-score	
							بین 2 z-score و 3 z-score	
							زیر 3 z-score	نمایه توده بدنی
							بین 2 z-score و 3 z-score	
							بین 1 z-score و 2 z-score	
							بین 2 z-score و 3 z-score	
							بالای 3 z-score	
							بین 2 z-score و 1 z-score	
						/	دارد	اختلال بینایی
							ندارد	
						/	دارد	چشم راست
							ندارد	
							دارد	اختلال شنوایی
							ندارد	
							دارد	گوش راست
							ندارد	
							دارد	گوش چپ
							ندارد	
							دارد	اختلال پوست و مو
							ندارد	
							دارد	پدیلولوز سر
							ندارد	
							دارد	سایر
							ندارد	
						—+—	دندان پوسیده	وضعیت دهان و دندان*
						—+—	دندان پر شده	
							لثه ملتهب	
							جرم دندانی	
							مجموعه دندانی سالم است	
							مشکوک به آسم	اختلال ریوی
							مشکوک به سل	
							ندارد	
							مشکوک به اختلال روانپزشکی	اختلال روانپزشکی
							ندارد	

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

تاریخ پیگیری	اقدامات مورد نیاز					یافته ارزیابی		نوع ارزیابی
	توصیه	نتیجه ارجاع		نیاز به ارجاع				
		تایید اختلال	سالم	ندارد	دارد			
							پرخاشگری	رفتارهای پرخطر
							تغذیه نامناسب	
							تماس با مواد دخانی	
							مصرف مواد دخانی	
							سوء مصرف مواد	
							کم تحرکی	
							ندارد	
							بالای صدک 90	فشار خون .....
							طبیعی	
امضا:		سمت:			نام و نام خانوادگی معاینه کننده:			

## ارزیابی وضعیت پزشکی

### 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	فشار خون بالا	دیابت	نوع بیماری / عادت
								افراد خانواده
								پدر
								مادر
								خواهر، برادر

\* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد.

### جدول مراقبت ویژه \*

نام داروی مصرفی (بیشتر از 3 ماه)	آلرژی	بیماری های ژنتیک و مادرزادی (هموفیلی، تالاسمی و ...)	آسم	بیماری های قلبی عروقی	صرع	دیابت	مقطع تحصیلی
							اول ابتدایی

\* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد.

اقدام بعدی		درمان			پیگیری	درخواست آزمایش	درمان	اقدام		
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود				یافته ارزیابی	نوع ارزیابی	
								زیر 3 z-score	قد به سن	وضعیت عمومی
								بالای 3 z-score		
								بین 2 z-score و 3 z-score		
								بین 2 z-score و 3 z-score		
								زیر 3 z-score		
								بین 2 z-score و 3 z-score		
								بین 1 z-score و 2 z-score		
								بین 2 z-score و 3 z-score		
								بین 2 z-score و 3 z-score		
								بین 2 z-score و 3 z-score		
								زردی اسکلرا		
								طبیعی	بررسی	چشم
								رنگ پریده	مخاط	
								سالم	چشم راست	
								اختلال بینایی		
								کوئز نکتیویت		
								سالم	چشم چپ	
								اختلال بینایی		
								کوئز نکتیویت		
								سالم	کوش راست	کوش
								اختلال شنوایی		
								اوتیت مدیا		
								اوتیت خارجی		
								سالم	کوش چپ	
								اختلال شنوایی		
								اوتیت مدیا		
								اوتیت خارجی		
								گواتر دارد	بررسی	غدد
								وجود مشکل بدون گواتر		
								سالم	تیروئید	
								سالم	ریه	
								آسم		
								طبیعی	قلب و عروق	
								در خطر ابتلا به بیماری زودرس		
								بیماری دارد		
								سالم	جلدی	
								غیر طبیعی		



اقدام بعدی		نتیجه پیگیری			پیگیری	درخواست آزمایش	درمان	اقدام		
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود				یافته ارزیابی	نوع ارزیابی	
								سالم	ستون فقرات	ستون فقرات، قفسه سینه و اندام ها
								اسکولیوز		
								کیفوز لوردوز		
								سالم	قفسه سینه	
								اختلال شکل دارد		
								سالم غیر طبیعی	اندام ها	
								ندارد	اختلال روانپزشکی	
							کد....	دارد (کد مربوطه)		
								سالم	شکم	
								توده شکمی		
								ارگانومگالی		
								طبیعی	ادراری تناسلی	
								عفونت ادراری		
								سالم	اختلال ژنتیک و مادرزادی	
								عامل خطر دارد		
								اختلال دارد		
								پرخاشگری	رفتارهای پرخطر	
								گرایش به مواد دخانی		
								سوء مصرف مواد		
								سایر		
								ندارد		
								طبیعی	فشار خون: .....	
								پره هیپرتانسیون		
								هیپرتانسیون مرحله I		
								هیپرتانسیون مرحله II		
									سایر با ذکر مورد	

## ارزیابی نهایی پزشک عمومی از دانش آموز در پایه اول راهنمایی

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

### نتایج معاینات پزشک عمومی (در دوره راهنمایی)

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

## نتایج ارزیابی دندانپزشکی و سلامت دهان و دندان دانش آموز

اختلالات/ بیماری هایی که از نظر دندانپزشک مهم است:

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

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

نوع ارزیابی	ترمیم	کشیدن	پالپوتومی	فیشرور سیلان	جرم گیری و بروساز	فلوراید تراپی	سایر	تاریخ، مهر و امضای دندانپزشک/بهداشتکار
اول راهنمایی								

### راهنمای دندانپزشک/بهداشت کار دهان و دندان

به منظور یکسان سازی ورود داده ها و استخراج صحیح آمار و اطلاعات، نوع خدمات ارائه شده به شرح ذیل ثبت گردد:  
 نوع خدمت: معاینه و آموزش/ ترمیم/ فلوراید تراپی/ فیشرورسیلان/ PRR/ کشیدن/ جرم گیری و بروساز/ درمان ریشه و .....

نمونه ای از ثبت خدمت: ترمیم دو سطحی دندان E، درمان ریشه دندان 6

### شرح خدمات دندانپزشکی انجام شده (در دوره راهنمایی)

نام و نام خانوادگی ارائه دهنده خدمت	سمت،	نوع خدمت ارائه شده	نام مرکز ارائه دهنده خدمت		پایه تحصیلی	تاریخ
			خصوصی	مرکز بهداشتی درمانی/ پایگاه		

### ارزیابی ساختار قامتی و آمادگی جسمانی در مقطع راهنمایی

شست کج	کف پای صاف	زانو		کمر گود	پشت			شانه نامتقارن	سر به جلو	ناهنجاری
		پرانتری	ضربدري		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\*

سوم راهنمایی	دوم راهنمایی	اول راهنمایی	مقطع		قابلیت
			آزمون	مقیاس	
			دویدن	540 متر	آمادگی قلبی عروقی
			راه رفتن		
			شنای سوئدی		استقامت و قدرت عضلانی
			بارفیکس اصلاح شده		
			دراز و نشست		
			نشستن و خم شدن به جلو		انعطاف پذیری

\* 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: ..... نام خانوادگی: ..... نام آموزشگاه محل تحصیل: .....

پدر: در قید حیات هست \*\* در قید حیات نیست \*\* مادر: در قید حیات هست \*\* در قید حیات نیست \*\*

آیا والدین متارکه کرده اند؟ \*\* بلی \*\* خیر

در صورت فوت، متارکه و ..... والدین، نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار و نسبت وی با دانش آموز: .....

میزان تحصیلات پدر: \*\* بی سواد \*\* ابتدایی یا نهضت سوادآموزی \*\* راهنمایی \*\* متوسطه یا حوزوی \*\* فوق دیپلم \*\* لیسانس و بالاتر

شغل پدر: \*\* شاغل در بخش خصوصی \*\* شاغل در بخش دولتی \*\* دارای کار آزاد (خویش فرما) \*\*

\*\* مقررری بگیر (مستمری بگیر) \*\* بازنشسته \*\* بیکار

میزان تحصیلات مادر: \*\* بی سواد \*\* ابتدایی یا نهضت سوادآموزی \*\* راهنمایی \*\* متوسطه یا حوزوی \*\* فوق دیپلم \*\* لیسانس و بالاتر

شغل مادر: \*\* شاغل در بخش خصوصی \*\* شاغل در بخش دولتی \*\* دارای کار آزاد (خویش فرما) \*\*

\*\* مقررری بگیر (مستمری بگیر) \*\* بازنشسته \*\* خانه دار

وضعیت بیمه پایه: \*\* تامین اجتماعی \*\* خدمات درمانی \*\* نیروهای مسلح \*\* کمیته امداد \*\* روستائیان \*\* 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: .....

### وضعیت ایمن سازی

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



تاریخ پیگیری	اقدامات مورد نیاز				یافته ارزیابی		نوع ارزیابی
	توصیه	نتیجه ارجاع		نیاز به ارجاع			
		تایید اختلال	سالم	ندارد	دارد		
						زیر -3 z-score	قد به سن
						بالای +3 z-score	
						بین -3 z-score و -2 z-score	
						بین -2 z-score و +3 z-score	
						زیر -3 z-score	نمایه توده بدنی
						بین -3 z-score و -2 z-score	
						بین 1 z-score و 2 z-score	
						بین 2 z-score و 3 z-score	
						بالای 3 z-score	
						بین -2 z-score و 1 z-score	
					/	دارد	اختلال بینایی
						ندارد	
					/	دارد	چشم راست
						ندارد	
						دارد	اختلال شنوایی
						ندارد	
						دارد	گوش راست
						ندارد	
						دارد	اختلال شنوایی
						ندارد	
						دارد	گوش چپ
						ندارد	
						دارد	اختلال پوست و مو
						پدیکولوز سر	
						دارد	
						سایر	
						دارد	وضعیت دهان و دندان
						ندارد	
						دندان پوسیده	
						دندان پر شده	
						لثه ملتهب	
						جرم دندانی	
						مجموعه دندانی سالم است	
						مشکوک به آسم	اختلال ریوی
						مشکوک به سل	
						ندارد	
						مشکوک به اختلال روانپزشکی	اختلال روانپزشکی
						ندارد	

تاریخ پیگیری	اقدامات مورد نیاز					یافته ارزیابی		نوع ارزیابی
	توصیه	نتیجه ارجاع		نیاز به ارجاع				
		تایید اختلال	سالم	ندارد	دارد			
						پرخاشگری	رفتارهای پرخطر	
						تغذیه نامناسب		
						مصرف مواد دخانی		
						سوء مصرف مواد		
						کم تحرکی		
						ندارد		
						بالای صدک 90	فشار خون .....	
						طبیعی		
امضا:		سمت:			نام و نام خانوادگی معاینه کننده:			

### ارزیابی وضعیت پزشکی

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	فشار خون بالا	دیابت	نوع بیماری / عادت
								افراد خانواده
								پدر
								مادر
								خواهر، برادر

\* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد

جدول مراقبت ویژه \*

مقطع تحصیلی	دیابت	صرع	بیماری های قلبی عروقی	آسم	بیماری های ژنتیک و مادرزادی (هموفیلی، تالاسمی و ...)	آلرژی	نام داروی مصرفی (بیشتر از 3 ماه)
اول ابتدایی							

\* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد.

اقدام بعدی		درمان			پیگیری	درخواست آزمایش	درمان	اقدام		
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود				یافته ارزیابی	نوع ارزیابی	
								زیر 3 z-score	قد به سن	وضعیت عمومی
								بالای 3 z-score		
								بین 2 z-score و 3 z-score		
								بین 2 z-score و 3 z-score		
								زیر 3 z-score		
								بین 2 z-score و 3 z-score		
								بین 1 z-score و 2 z-score		
								بین 2 z-score و 3 z-score		
								بین 2 z-score و 3 z-score		
								بین 2 z-score و 3 z-score		
								زردی اسکلرا		
								طبیعی	بررسی	چشم
								رنگ پریده	مخاط	
								سالم	چشم راست	
								اختلال بینایی		
								کوئز نکتیویت		
								سالم	چشم چپ	
								اختلال بینایی		
								کوئز نکتیویت		
								سالم	کوش راست	گوش
								اختلال شنوایی		
								اوتیت مدیا		
								اوتیت خارجی		
								سالم	کوش چپ	
								اختلال شنوایی		
								اوتیت مدیا		
								اوتیت خارجی		
								گواتر دارد	بررسی	غدد
								وجود مشکل بدون گواتر		
								سالم	تیروئید	
								سالم	ریه	
								آسم		
								طبیعی	قلب و عروق	
								در خطر ابتلا به بیماری زودرس		
								بیماری دارد		
								سالم	جلدی	
								غیر طبیعی		

اقدام بعدی		نتیجه پیگیری			پیگیری	درخواست آزمایش	درمان	اقدام		
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود				یافته ارزیابی	نوع ارزیابی	
								سالم	ستون فقرات	ستون فقرات، قفسه سینه و اندام ها
								اسکولیوز		
								کیفوز لوردوز		
								سالم	قفسه سینه	
								اختلال شکل دارد		
								سالم غیر طبیعی	اندام ها	
								ندارد	اختلال روانپزشکی	
							کد....	دارد (کد مربوطه)		
								سالم	شکم	
								توده شکمی		
								ارگانومگالی		
								طبیعی	ادراری تناسلی	
								عفونت ادراری		
								سالم	اختلال ژنتیک و مادرزادی	
								عامل خطر دارد		
								اختلال دارد		
								پرخاشگری	رفتارهای پرخطر	
								گرایش به مواد دخانی		
								سوء مصرف مواد		
								سایر		
								ندارد		
								طبیعی	فشار خون: .....	
								پره هیپرتانسیون		
								هیپر تانسیون مرحله I		
								هیپر تانسیون مرحله II		
									سایر با ذکر مورد	

## ارزیابی نهایی پزشک عمومی از دانش آموز در پایه اول متوسطه

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد / نمی 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:	بدون محدودیت	دارای محدودیت
معاف موقت	علت	علت محدودیت
	مدت	مدت
تاریخ ..... مهر و امضای پزشک		

### نتایج معاینات پزشک عمومی (در دوره متوسطه)

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد / نمی 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:	بدون محدودیت	دارای محدودیت
معاف موقت	علت	علت محدودیت
	مدت	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	مبتلا به بیماری/ اختلال
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	مبتلا به بیماری/ اختلال
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	مبتلا به بیماری/ اختلال
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم		
.....		
.....		
تاریخ .....		
مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص		

## نتایج ارزیابی دندانپزشکی و سلامت دهان و دندان دانش آموز

اختلالات / بیماری هایی که از نظر دندانپزشک مهم است:

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

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

	نوع ارزیابی	ترمیم	کشیدن	پالپوتومی	فیشور سیلانت	جرم گیری و بروساز	فلوراید تراپی	سایر	تاریخ، مهر و امضای دندانپزشک / بهداشتکار
پایه تحصیلی									
اول متوسطه									

### راهنمای دندانپزشک/بهداشت کار دهان و دندان

به منظور یکسان سازی ورود داده ها و استخراج صحیح آمار و اطلاعات، نوع خدمات ارائه شده به شرح ذیل ثبت گردد:  
 نوع خدمت: معاینه و آموزش / ترمیم / فلوراید تراپی / فیشورسیلانت / PRR / کشیدن / جرم گیری و بروساز / درمان ریشه و .....

نمونه ای از ثبت خدمت: ترمیم دو سطحی دندان  $\frac{E}{}$ ، درمان ریشه دندان  $\frac{6}{}$

### شرح خدمات دندانپزشکی انجام شده (در دوره متوسطه)

نام و نام خانوادگی ارائه دهنده خدمت	سمت،	نام مرکز ارائه دهنده خدمت		پایه تحصیلی	تاریخ
		نوع خدمت ارائه شده	خصوصی		

## ارزیابی ساختار قامتی و آمادگی جسمانی در مقطع متوسطه

شست کج	کف پای صاف	زانو		کمر گود	پشت			شانه نا متقارن	سر به جلو	ناهنجاری
		پرانتری	ضربداری		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\*

سوم متوسطه	دوم متوسطه	اول متوسطه	مقطع		قابلیت
			آزمون		
			دویدن	540 متر	آمادگی قلبی عروقی
			راه رفتن		
			شنای سوئدی		استقامت و قدرت عضلانی
			بارفیکس اصلاح شده (دختران)		
			بارفیکس ایستاده (پسران)		
			دراز و نشست		انعطاف پذیری
			نشستن و خم شدن به جلو		

\* 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:



### پیگیری ارجاعات و توصیه ها (توسط مراقب سلامت / کارکنان بهداشتی تکمیل گردد)

نام و نام خانوادگی / سمت و امضای مراقب / کاردان / بهورز ذیربط	اقدامات مورد نیاز										نوع اختلال / بیماری	تاریخ معاینه	دوره و پایه تحصیلی			
	تاریخ پیگیری بعدی در صورت نیاز	اقدامات بهداشتی درمانی لازم						ارجاع						ارائه توصیه ها و آموزش های لازم	انجام مراقبت مطابق دستور العمل	
		سایر یادآور مورد	آموزش و مشاوره			مراقبت و پیگیری			نتیجه ارجاع							تاریخ
			اولیای مدرسه	اولیای دانش آموز	دانش آموز	پیگیری خدمات توانبخشی مورد نیاز	مطابق دستور العمل	مطابق نتیجه ارجاع	تایید اختلال	سالم						

**پیگیری ارجاعات و توصیه ها (توسط مراقب سلامت/ کارکنان بهداشتی تکمیل گردد)**

نام و نام خانوادگی / سمت و امضای مراقب / کاردان / بهورز ذریع	اقدامات مورد نیاز										نوع اختلال / بیماری	تاریخ معاینه	دوره و پایه تحصیلی	
	تاریخ پیگیری بعدی در صورت نیاز	اقدامات بهداشتی درمانی لازم						ارجاع		ارائه توصیه ها و آموزش های لازم				انجام مراقبت مطابق دستور العمل
		سابق یا ذکر مورد	آموزش و مشاوره		مراقبت و پیگیری			نتیجه ارجاع						
			اولیای مدرسه	اولیای دانش آموز	دانش آموز	پیگیری خدمات توانبخشی مورد نیاز	مطابق دستور العمل	مطابق نتیجه ارجاع	تایید اختلال					

## اختلالات / بیماری های تشخیص داده شده توسط پزشک در طول سال های تحصیلی که نیاز به پیگیری و مراقبت دارد

مهر و امضاء پزشک	توضیحات لازم/ پیگیری	نتیجه ارجاع						اقدامات پزشک				معاینه و تشخیص			دوره و پایه تحصیلی
		اقدامات درمانی		تأیید بیماری	عدم تأیید بیماری	بدون جواب	ارجاع		آموزش و مشاوره	مراقبت و درمان	نتیجه			تاریخ	
		نیازمند بستری و درمان تکمیلی	درمان دارویی تخصصی				غیر فوری	فوری			نوع اختلال/ بیماری	دارای اختلال	موردی ندارد		
		اقدام نشده	اقدام شده												

**اختلالات / بیماری های تشخیص داده شده توسط پزشک در طول سال های تحصیلی که نیاز به پیگیری و مراقبت دارد**

مهر و امضاء پزشک	توضیحات لازم/ پیگیری	نتیجه ارجاع						اقدامات پزشک				معاینه و تشخیص			دوره و پایه تحصیلی		
		اقدامات درمانی		تایید بیماری	عدم تایید بیماری	بدون جواب	ارجاع		آموزش و مشاوره	مراقبت و درمان	نتیجه			تاریخ			
		نیازمند بستری و درمان تکمیلی	درمان دارویی تخصصی				غیر فوری	فوری			نوع اختلال/ بیماری	دارای اختلال	موردی ندارد				
				اقدام نشده	اقدام شده												

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

سازمان آموزش و پرورش استثنایی

وزارت آموزش و پرورش

دفتر سلامت

§ تکمیل و بررسی این شناسنامه منحصراً توسط پزشکان و مسئولین ذیربط امکان پذیر است.

§ حفظ و نگهداری آن ضروری است و المثنی صادر نمی شود.

**توجه: از یابنده تقاضا می شود این دفترچه را به نزدیک ترین آموزشگاه و یا اداره آموزش و پرورش منطقه تحویل دهد.**