



جمهوری اسلامی ایران

شناسنامه

سلامت دانش آموز

نام و نام خانوادگی: .....

## به نام خدا

### ولی / سرپرست قانونی محترم دانش آموز

مطابق با اصول سوم، بیست و نهم و چهل و سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، تأمین سلامت آحاد جامعه به عنوان یک ضرورت مورد توجه و تأکید 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 ..... 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 عکس

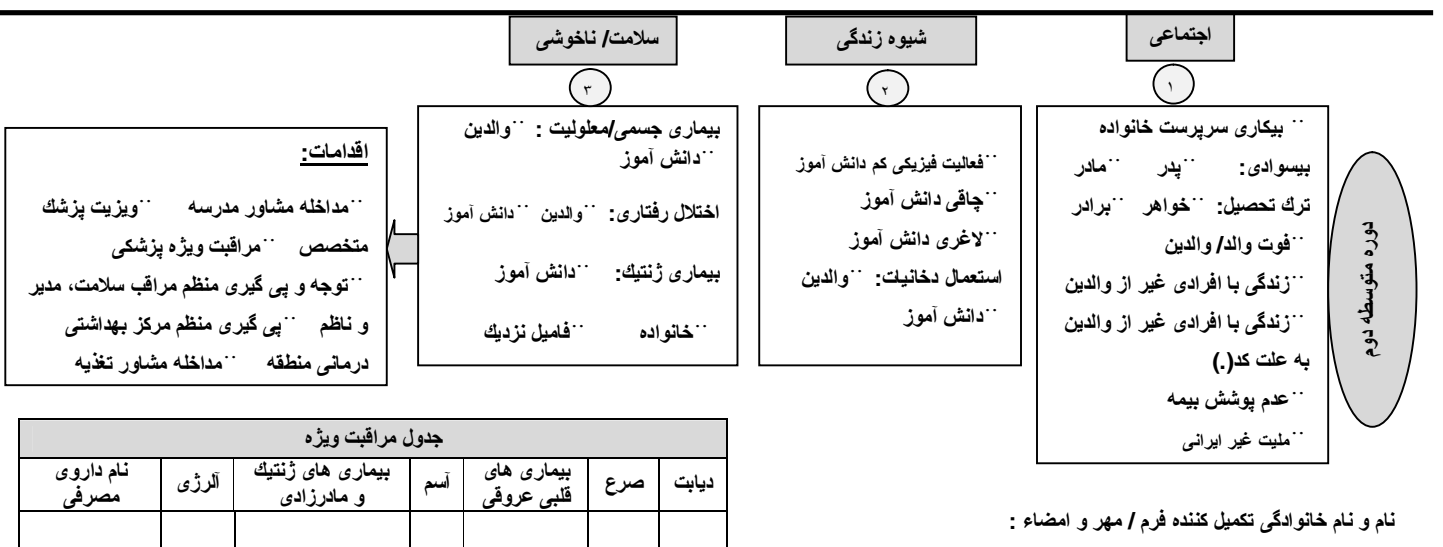
دانش آموز

محل الصاق پرچسب

امضاء و اثر انگشت ولی/ سرپرست قانونی دانش آموز  
تاریخ

مهر و امضای مسئول مرکز بهداشتی درمانی	تاریخ	مهر و امضای مسئول پایگاه سنجش	تاریخ
دبستان : ..... 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 .....			
دبستان : ..... ناحیه/ منطقه .....	بدین وسیله گواهی می شود معاینه دانش آموز ..... در مرکز بهداشتی درمانی..... در پایه چهارم ابتدایی صورت پذیرفت و ثبت نام وی در سال تحصیلی..... بلا مانع می باشد.		
دبستان : ..... ناحیه/ منطقه .....	بدین وسیله گواهی می شود معاینه دانش آموز ..... در مرکز بهداشتی درمانی..... در پایه ششم ابتدایی صورت پذیرفت و ثبت نام وی در سال تحصیلی..... بلا مانع می باشد.		
دبستان : ..... ناحیه/ منطقه .....	بدین وسیله گواهی می شود معاینه دانش آموز ..... در مرکز بهداشتی درمانی..... در پایه سوم دوره متوسطه اول صورت پذیرفت و ثبت نام وی در سال تحصیلی..... بلامانع می باشد.		
دبستان : ..... ناحیه/ منطقه .....	بدین وسیله گواهی می شود معاینه دانش آموز ..... در مرکز بهداشتی درمانی..... در پایه سوم دوره متوسطه دوم صورت پذیرفت و ثبت نام وی در سال تحصیلی..... بلامانع می باشد.		

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

### مشخصات خانواده

1- پدر:	نام و نام خانوادگی پدر: .....
سال تولد: .....	میزان تحصیلات: بی سواد
متوسطه یا حوزوی	فوق دیپلم
شغل: شاغل در بخش خصوصی	شاغل در بخش دولتی
مقرری بگیر (مستمری بگیر)	بازنشسته
در قید حیات: هست	نیست
2- مادر:	نام و نام خانوادگی مادر: .....
سال تولد: .....	میزان تحصیلات: بی سواد
متوسطه یا حوزوی	فوق دیپلم
شغل: شاغل در بخش خصوصی	شاغل در بخش دولتی
مقرری بگیر (مستمری بگیر)	بازنشسته
در قید حیات: هست	نیست
3- آیا بین والدین نسبت خویشاوندی وجود دارد؟	خیر
4- درجه خویشاوندی: 1	2
3	بلی
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

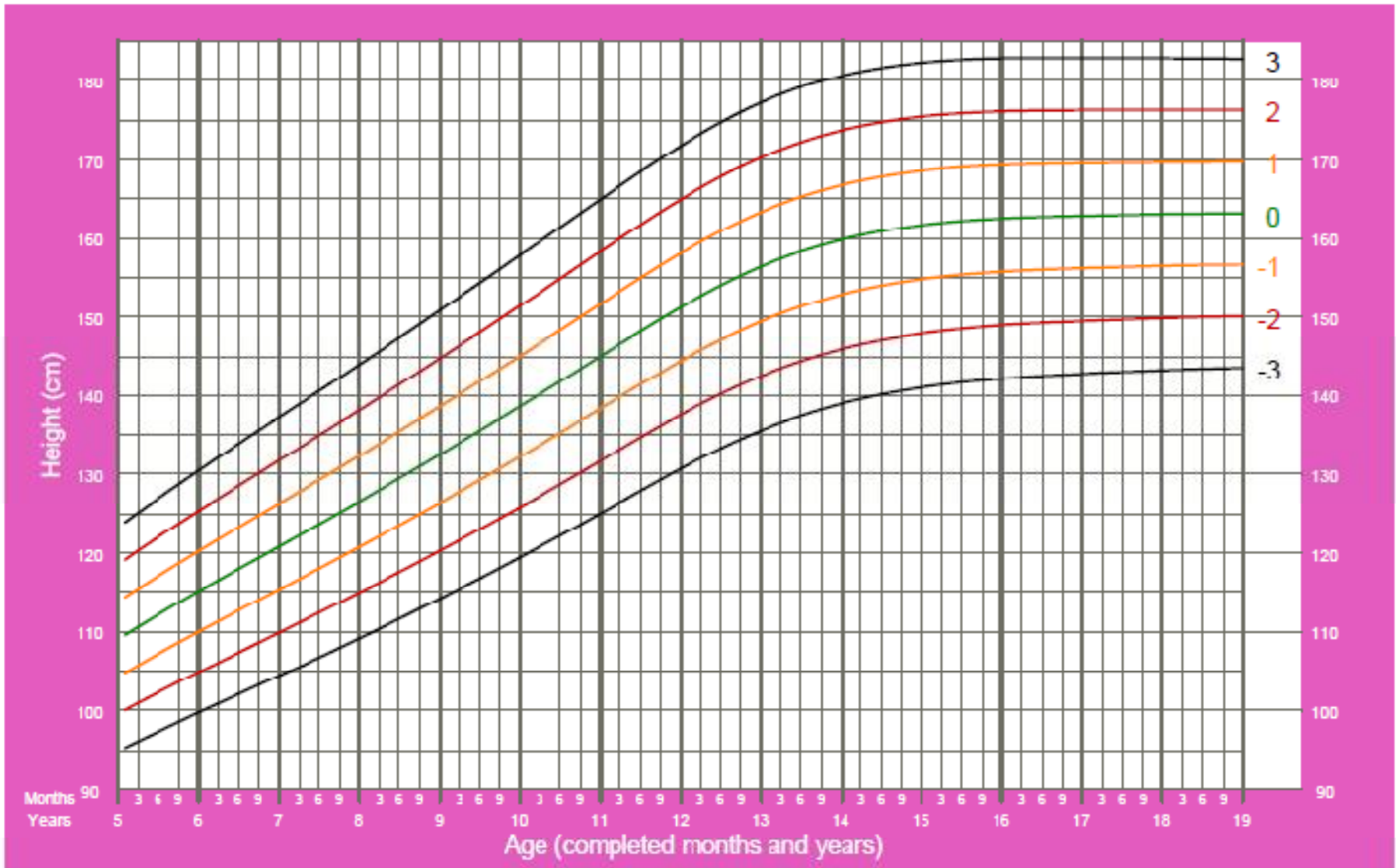
### بررسی سوابق بهداشتی دانش آموز (وضعیت ایمن سازی تا 6 سالگی)

نام و نام خانوادگی مراقب سلامت/ بهورز امضاء	ایمن سازی: کامل <input type="checkbox"/> ناقص <input type="checkbox"/> 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: .....

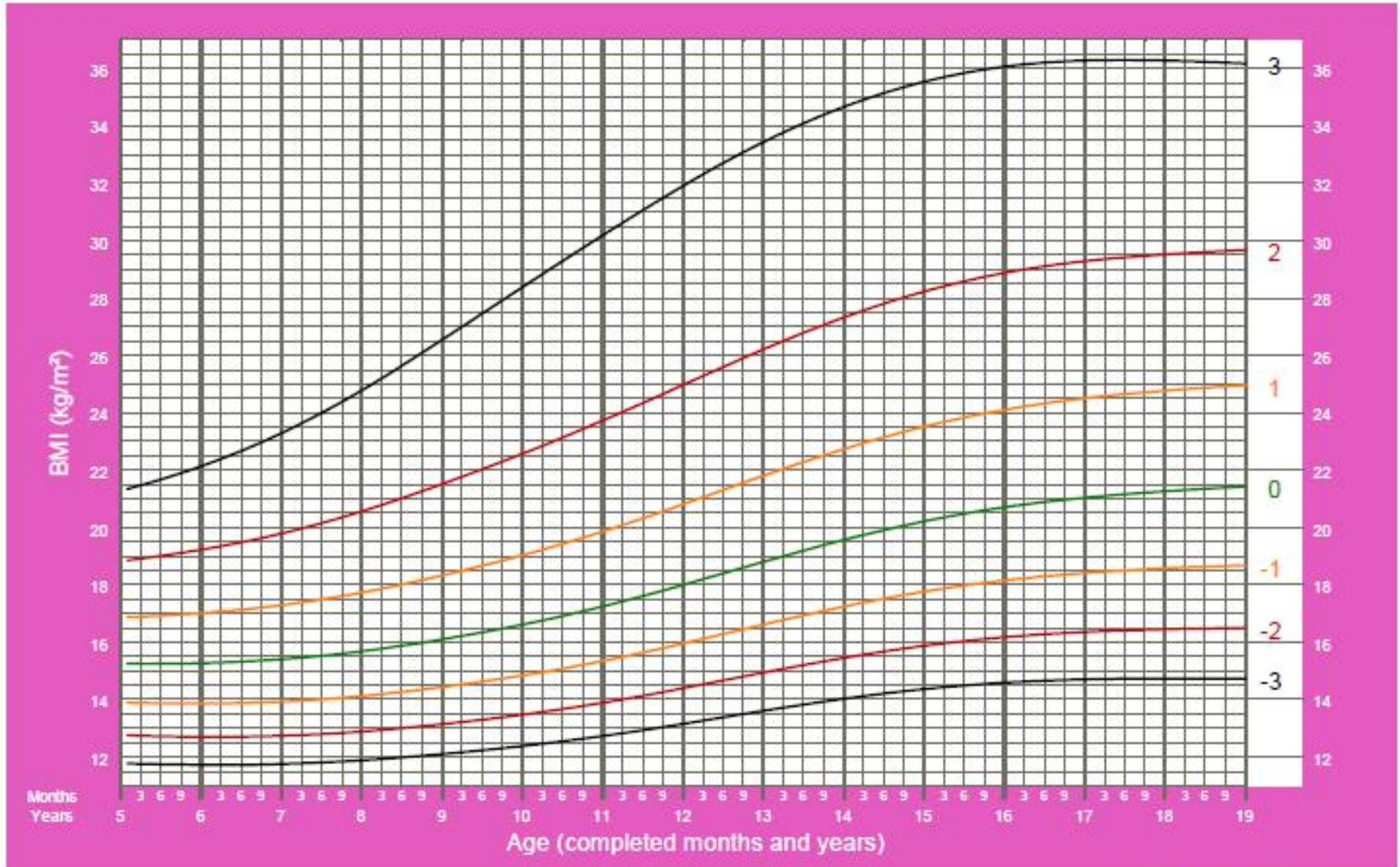
تاریخ تکمیل

قد به سن - دختران (5 - 19 سال)



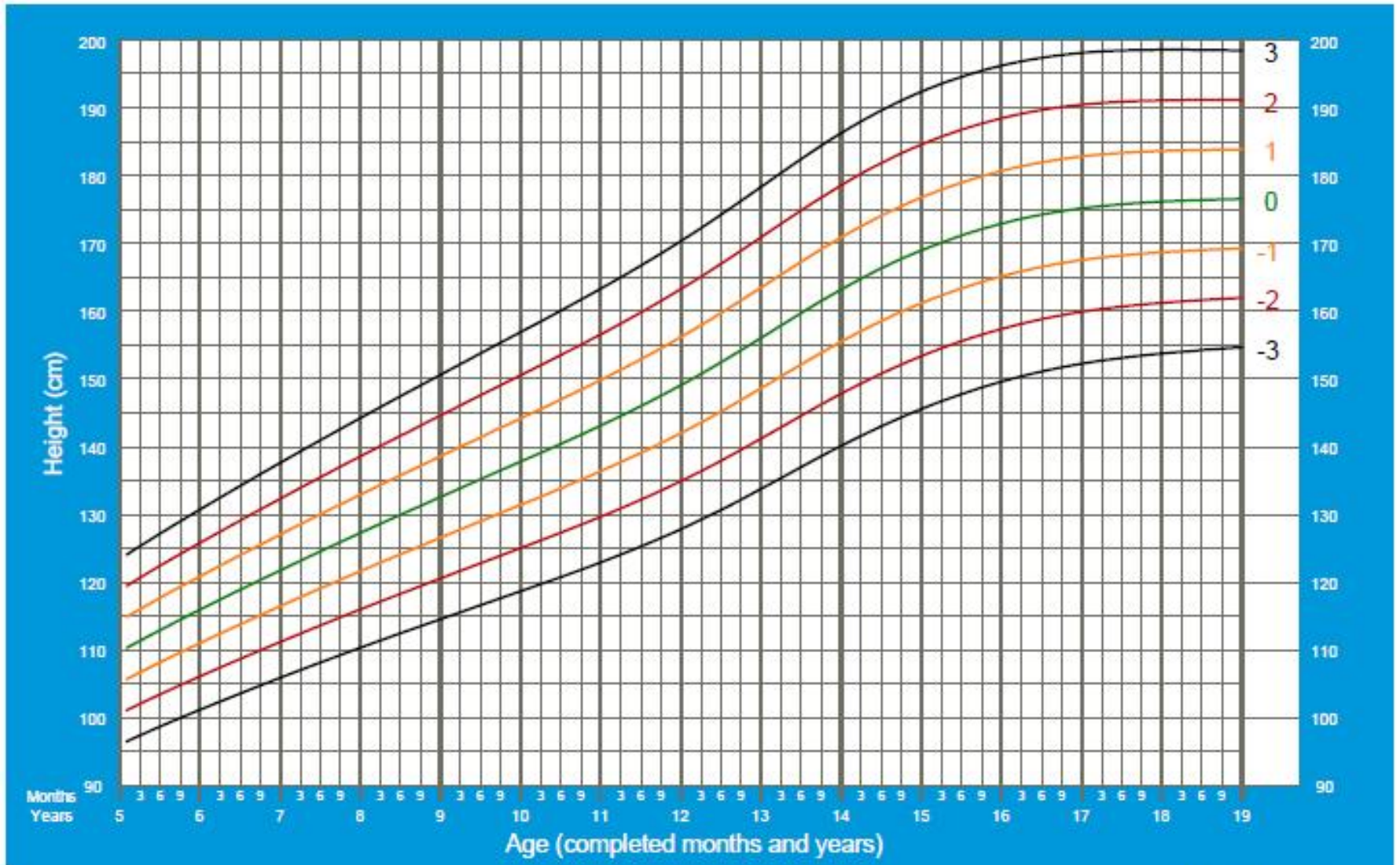
2007 WHO Reference

نمایه توده بدنی - دختران (5-19 سال)



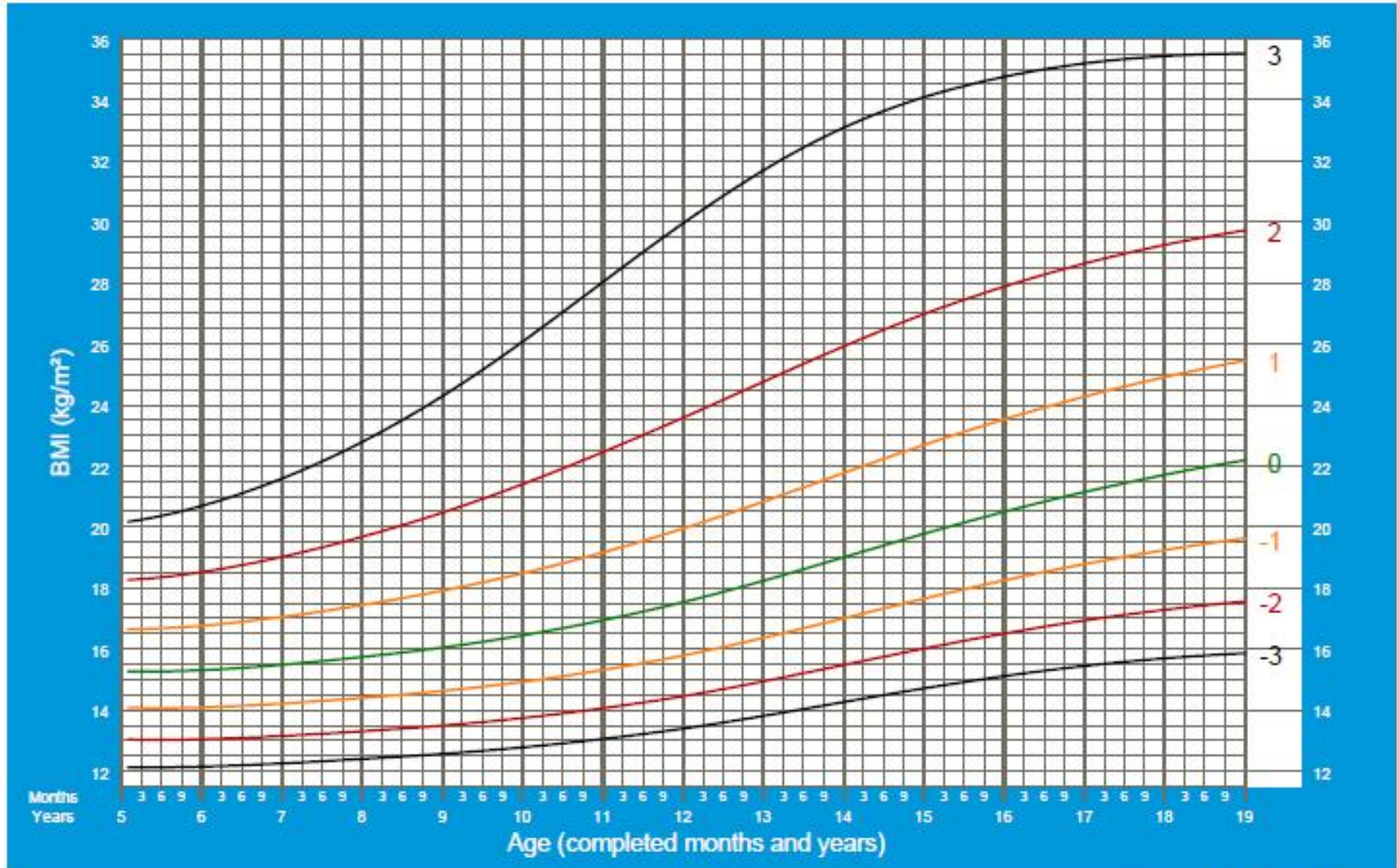
2007 WHO Reference

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

دوره متوسطه دوم			دوره متوسطه اول			دوره ابتدایی					دوره و پایه تحصیلی عنوان	
پایه سوم	پایه دوم	پایه اول	پایه سوم	پایه دوم	پایه اول	پایه ششم	پایه پنجم	پایه چهارم	پایه سوم	پایه دوم		پایه اول
												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 +2 z-score (چاق)	بین +1 z-score و +2 z-score (اضافه وزن)	بین 2 z-score - و 3 z-score - (لاغر)	زیر 3z-score - (لاغری شدید)	Z score	
					دوره و پایه تحصیلی	
					پایه اول	دوره ابتدایی
					پایه دوم	
					پایه سوم	
					پایه چهارم	
					پایه پنجم	
					پایه ششم	
					پایه اول	دوره متوسطه اول
					پایه دوم	
					پایه سوم	
					پایه اول	دوره متوسطه دوم
					پایه دوم	
					پایه سوم	

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 +3z-score (خیلی بلند قد)	زیر 3z-score - (کوتاه قدی شدید)	Z score	
				دوره و پایه تحصیلی	
				پایه اول	دوره ابتدایی
				پایه دوم	
				پایه سوم	
				پایه چهارم	
				پایه پنجم	
				پایه ششم	
				پایه اول	دوره متوسطه اول
				پایه دوم	
				پایه سوم	
				پایه اول	دوره متوسطه دوم
				پایه دوم	
				پایه سوم	

جدول ثبت نتایج پایش رشد\*

عنوان	پیش از دبستان		آمادگی		ابتدایی					متوسطه			
	1	2	1	2	اول	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	اول (پیش حرفه ای)	دوم (حرفه ای)
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\*

دوره و پایه تحصیلی	Z score				
	زیر -3z-score (لاغر شدید)	بین -2 z-score و -3 z-score (لاغر)	بین +1 z-score و +2 z-score (اضافه وزن)	بالای +2 z-score (چاق)	بین -2 z-score و +1 z-score (طبیعی)
پیش از دبستان	1				
	2				
آمادگی	1				
	2				
ابتدایی	اول				
	اول				
	اول				
	دوم				
	سوم				
	چهارم				
	پنجم				
	ششم				
متوسطه	اول (پیش حرفه ای)				
	دوم (حرفه ای)				

جدول ثبت قد به سن\*

دوره و پایه تحصیلی	Z score			
	زیر -3z-score (کوتاه قدی شدید)	بالای +3z-score (خیلی بلند قد)	بین -2 z-score و -3 z-score (کوتاه قدی)	بین +3 z-score و -2 z-score (طبیعی)
پیش از دبستان	1			
	2			
آمادگی	1			
	2			
ابتدایی	اول			
	اول			
	اول			
	دوم			
	سوم			
	چهارم			
	پنجم			
	ششم			
متوسطه	اول (پیش حرفه ای)			
	دوم (حرفه ای)			

\* جداول فوق ویژه دانش آموزان با نیازهای ویژه می باشد و توسط مراقب سلامت آموزشگاه های استثنایی و با توجه به دستورالعمل تکمیل، در طی سال تحصیلی تکمیل می گردد.

## ارزیابی مقدماتی\*

تاریخ پیگیری	توصیه	نتیجه ارجاع	نیاز به ارجاع	ابتدایی									آمادگی		پیش از دبستان		یافته های ارزیابی		نوع ارزیابی		
				ششم	پنجم	چهارم	سوم	دوم	اول	اول	اول	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		
																			بالای 2 z-score		
																			بین 2 z-score و 1 z-score	پوست و مو	
																			پدیکولوز سر		
																			سایر	دهان و دندان	
																			پوسیده		
																			پر شده		
																			لثه		
																			ناهنجاری فک و دهان	ریه	
																			آسم		
																			سایر		
																			فقر آهن	تغذیه	
																			کمبود مواد معدنی		
																			ناهنجاری ستون فقرات	اسکلتی عضلانی	
																			اختلال در راه رفتن		
																			ظریف		
																			عملکرد درشت دست		
																				ققشه سینه	
																				اعصاب و روان	
																					شب ادراری
																					اضطراب
																					افسردگی
																				ناخن جویدن	
																				تشنج	
																				اختلال بینایی	
																					چشم راست /
																			چشم چپ /		
																				اختلال دید رنگ	
																				کوش راست	
																				کوش چپ	
																				اختلال گفتاری	
																				اختلال رفتاری	
																				سایر موارد	
امضاء				سمت :									نام و نام خانوادگی معاینه کننده :								

\* جدول فوق ویژه دانش آموزان با نیازهای ویژه مقطع ابتدایی می باشد و توسط مراقب سلامت آموزشگاه های استثنایی و با توجه به دستورالعمل تکمیل، در طی سال تحصیلی تکمیل می گردد.

دوره ابتدایی ( پایه های اول، چهارم و ششم)

ارزیابی مقدماتی

ششم ابتدایی						چهارم ابتدایی						اول ابتدایی						اقدام		یافته ارزیابی	نوع ارزیابی
اقدامات مورد نیاز						اقدامات مورد نیاز						اقدامات مورد نیاز									
تاریخ پیگیری	توصیه	نتیجه ارجاع		نیاز به ارجاع		تاریخ پیگیری	توصیه	نتیجه ارجاع		نیاز به ارجاع		تاریخ پیگیری	توصیه	نتیجه ارجاع		نیاز به ارجاع					
		تایید اختلال	سالم	ندارد	دارد			تایید اختلال	سالم	ندارد	دارد			تایید اختلال	سالم	ندارد	دارد				
																			زیر -3 z-score	قد به سن	
																			بالای +3 z-score		
																			بین z-score -2 و -3 z-score		
																			بین z-score -2 و +3 z-score		
																			زیر -3 z-score	نمایه توده بدنی	
																			بین z-score -2 و -3 z-score		
																			بین z-score 1 و 2 z-score		
																			بالای 2 z-score		
																			بین z-score -2 و 1 z-score	اختلال پوست و مو	
																		دارد	پدیگولوز سر		
																		ندارد			
																		دارد	سایر		
																		ندارد			
																			دندان پوسیده	وضعیت دهان و دندان*	
																			دندان پر شده		
																			لثه ملتهب		
																			مجموعه دندانی سالم است		

ارزیابی مقدماتی																دوره ابتدایی (پایه های اول، چهارم و ششم) - ادامه															
ششم ابتدایی				چهارم ابتدایی				اول ابتدایی				اقدام				یافته ارزیابی		نوع ارزیابی													
تاریخ پیگیری		اقدامات مورد نیاز				تاریخ پیگیری		اقدامات مورد نیاز				تاریخ پیگیری		اقدامات مورد نیاز																	
		نتیجه ارجاع		نیاز به ارجاع				نتیجه ارجاع		نیاز به ارجاع				نتیجه ارجاع						نیاز به ارجاع											
		توصیه	تایید اختلال	سالم	ندارد	دارد			توصیه	تایید اختلال	سالم	ندارد	دارد			توصیه	تایید اختلال	سالم	ندارد	دارد											
																	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	.....													
																	چشم راست	اختلال بینایی													
																	چشم چپ														
																	گوش راست	اختلال شنوایی													
																	گوش چپ														
نام و نام خانوادگی :						نام و نام خانوادگی :						نام و نام خانوادگی :																			
سمت و امضاء معاینه کننده :						سمت و امضاء معاینه کننده :						سمت و امضاء معاینه کننده :																			

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

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

### 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 \*

پایه تحصیلی	دیابت	صرع	بیماری های قلبی عروقی	آسم	بیماری های ژنتیک و مادرزادی (هموفیلی، تالاسمی و ...)	آلرژی	مصرف دارو بیش تر از 3 ماه (با ذکر نام دارو)
اول ابتدایی							
چهارم ابتدایی							
ششم ابتدایی							

\* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد.

پایه اول ابتدایی								معاینه پزشک عمومی		
اول ابتدایی					اقدام			نوع ارزیابی		
اقدام بعدی		درمان			درمان	درخواست آزمایش	پیگیری			یافته ارزیابی
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود				درمان	درخواست آزمایش	پیگیری
								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		
								زردی اسکرا		
								طبیعی	بررسی	
								رنگ پریده	مخاط	
								سالم	چشم راست	چشم
								اختلال بینایی		
								کوئز نکتیویت		
								سالم	چشم چپ	
								اختلال بینایی		
								کوئز نکتیویت		
								سالم	گوش راست	گوش
								اختلال شنوایی		
								اوتیت مدیا		
								اوتیت خارجی	گوش چپ	
								سالم		
								اختلال شنوایی		
								اوتیت مدیا	گوش چپ	
								اوتیت خارجی		
								گواتر دارد		
								وجود مشکل بدون گواتر	بررسی تیروئید	غدد
								سالم		
								سالم	ریه	قلب و عروق
								آسم		
								طبیعی		
								در خطر ابتلا به بیماری زودرس		
								بیماری دارد	جلدی	
								سالم		
								غیر طبیعی		

معاینه پزشکی عمومی										پایه اول ابتدایی - ادامه										
اقدام										اول ابتدایی										
										اقدام بعدی		درمان			پیگیری	درخواست آزمایش	درمان	یافته ارزیابی		نوع ارزیابی
										ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود						
										سالم	ستون فقرات	ستون فقرات، قفسه سینه و اندام ها								
										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									



پایه چهارم ابتدایی								معاینه پزشک عمومی		
چهارم ابتدایی								اقدام	یافته ارزیابی	نوع ارزیابی
اقدام بعدی		درمان			درمان	درخواست آزمایش	پیگیری			
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود						
								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		
								بالای 2 z-score		
								بین 2 z-score و 1 z-score		
								زردی اسکلا		
								طبیعی	بررسی	
								رنگ پریده	مخاط	
								سالم	چشم راست	چشم
								اختلال بینایی		
								کوئرکتیویت		
								سالم	چشم چپ	
								اختلال بینایی		
								کوئرکتیویت		
								سالم	گوش راست	گوش
								اختلال شنوایی		
								اوتیت مدیا		
								اوتیت خارجی		
								سالم	گوش چپ	
								اختلال شنوایی		
								اوتیت مدیا		
								اوتیت خارجی		
								گواتر دارد	بررسی تیروئید	غدد
								وجود مشکل بدون گواتر		
								سالم	ریه	
								سالم		
								آسم		
								طبیعی	قلب و عروق	
								در خطر ابتلا به بیماری زودرس		
								بیماری دارد		
								سالم	جلدی	
								غیر طبیعی		

چهارم ابتدایی							اقدام			یافته ارزیابی	نوع ارزیابی
اقدام بعدی		درمان			پیگیری	درخواست آزمایش	درمان				
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود							
								سالم	ستون فقرات	ستون فقرات، قفسه سینه و اندام ها	
							اسکولیوز				
							کیفوز				
							لوردوز				
							سالم	قفسه سینه			
							اختلال شکل دارد				
							سالم	اندام ها			
							غیر طبیعی				
							ندارد		اختلال روانپزشکی		
							دارد (کد مربوطه)	کد....			
							سالم		شکم		
							توده شکمی				
							ارگانومگالی				
							طبیعی		ادراری تناسلی		
							عفونت ادراری				
							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		

پایه ششم ابتدایی								معاینه پزشک عمومی				
ششم ابتدایی					اقدام			یافته ارزیابی		نوع ارزیابی		
اقدام بعدی		درمان			درمان	درخواست آزمایش	پیگیری	ارجاع تخصصی	لازم نیست		تشدید	بدون تغییر
								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				
								2 z-score				
								2 z-score				
								بین 1 z-score و 2 z-score				
								زردی اسکلا				
								طبیعی	بررسی			
								رنگ پریده	مخاط			
								سالم	چشم راست			
								اختلال بینایی				
								کوئز نکتیویت				
								سالم	چشم چپ			
								اختلال بینایی				
								کوئز نکتیویت				
								سالم	گوش راست			
								اختلال شنوایی				
								اوتیت مدیا				
								اوتیت خارجی				
								سالم	گوش چپ			
								اختلال شنوایی				
								اوتیت مدیا				
								اوتیت خارجی				
								گواتر دارد	بررسی تیروئید			
								وجود مشکل بدون گواتر				
								سالم				
								سالم				
								آسم				
								طبیعی				
								در خطر ابتلا به بیماری زودرس				
								بیماری دارد				
								سالم				
								غیر طبیعی				
								جلدی				

معاینه پزشک عمومی

پایه ششم ابتدایی - ادامه

ششم ابتدایی					اقدام			یافته ارزیابی	نوع ارزیابی	
اقدام بعدی		درمان			درمان	درخواست آزمایش	پیگیری			
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود						
								سالم	ستون فقرات	ستون فقرات، قفسه سینه و اندام ها
								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		
								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
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 ..... مهر و امضای پزشک			

### ارزیابی نهایی پزشک عمومی از دانش آموز در پایه چهارم 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
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 ..... مهر و امضای پزشک			

### ارزیابی نهایی پزشک عمومی از دانش آموز در پایه ششم 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
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 ..... 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 ..... علت محدودیت .....

معاف موقت    معاف موقت    معاف موقت    مدت ..... 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 ..... علت محدودیت .....

معاف موقت    معاف موقت    معاف موقت    مدت ..... 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

**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 پایه و دوره تحصیلی	ترمیم	کشیدن	پالپوتومی	فیشور سیلانت	جرم گیری و بروساژ	فلوراید تراپی	سایر	تاریخ، مهر و امضای دندانپزشک/ بهداشتکار
اول ابتدایی								
دوم ابتدایی								
سوم ابتدایی								
چهارم ابتدایی								
پنجم ابتدایی								
ششم ابتدایی								

**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 بروساژ/ 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	سمت، نام و نام خانوادگی ارائه دهنده خدمت
		خصوصی	مرکز بهداشتی درمانی/ پایگاه		

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

ناهنجاری								نوع ارزیابی		
شست کج	کف پای صاف	زانو		کمر گود	پشت			شانه نامتقارن	سر به جلو	پایه و دوره تحصیلی
		پراتزی	ضربدری		صاف	گرد	کج			
										اول ابتدایی
										دوم ابتدایی
										سوم ابتدایی
										چهارم ابتدایی
										پنجم ابتدایی
										ششم ابتدایی

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	پایه و دوره تحصیلی		قابلیت
						آزمون		
						پیمودن	300 متر	آمادگی قلبی عروقی
						نیمودن		
						دویدن		
						راه رفتن		
						دویدن	540 متر	استقامت و قدرت عضلانی
						راه رفتن		
						شنای 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:



## دوره متوسطه اول

### 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 .....

### وضعیت ایمن سازی

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

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: .....

ارزیابی مقدماتی						پایه سوم دوره متوسطه اول			
تاریخ پیگیری	اقدامات مورد نیاز				اقدام		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		
							بالای 2 z-score		
						/	دارد	اختلال بینایی	
							ندارد		
						/	دارد	چشم چپ	
							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		

ارزیابی مقدماتی								پایه سوم دوره متوسطه اول - ادامه			
تاریخ پیگیری	اقدامات مورد نیاز					اقدام		یافته ارزیابی			
	توصیه	نتیجه ارجاع		نیاز به ارجاع		دارد / ندارد					نوع ارزیابی
		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 \*

پایه تحصیلی	دیابت	صرع	بیماری های قلبی عروقی	آسم	بیماری های ژنتیک و مادرزادی (هموفیلی، تالاسمی و ...)	آلرژی	مصرف دارو بیش تر از 3 ماه (با ذکر نام دارو)
پایه سوم دوره متوسطه اول							

\* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد.

معاینه پزشکی عمومی										پایه سوم دوره متوسطه اول							
اقدام بعدی		درمان			پیگیری	درخواست آزمایش	درمان	اقدام		نوع ارزیابی	یافته ارزیابی						
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود				زردی اسکلرا	بررسی مخاط			چشم راست	چشم چپ	گوش راست	گوش چپ	غدد	ریه
										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	نمایه توده بدنی BMI						
										بین 2 z-score و 3 z-score							
										بین 1 z-score و 2 z-score							
										بالای 2 z-score							
										زردی اسکلرا							
										طبیعی	بررسی مخاط						
										رنگ پریده							
										سالم	چشم راست		چشم				
										اختلال بینایی							
										کونژکتیویت							
										سالم	چشم چپ						
										اختلال بینایی							
										کونژکتیویت							
										سالم	گوش راست	گوش					
										اختلال شنوایی							
										اوتیت مدیا							
										اوتیت خارجی							
										سالم	گوش چپ						
										اختلال شنوایی							
										اوتیت مدیا							
										اوتیت خارجی							
										گواتر دارد	بررسی تیروئید	غدد					
										وجود مشکل بدون گواتر							
										سالم							
										سالم	ریه						
										آسم							
										طبیعی	قلب و عروق						
										در خطر ابتلا به بیماری زودرس							
										بیماری دارد							
										سالم	جلدی						
										غیر طبیعی							

پایه سوم دوره متوسطه اول - ادامه

معاینه پزشکی عمومی

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

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

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	علت محدودیت .....
** معاف موقت	علت .....	مدت .....
تاریخ ..... مهر و امضای پزشک		

### نتایج معاینات پزشک عمومی در دوره متوسطه اول

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	علت محدودیت .....
** معاف موقت	علت .....	مدت .....
تاریخ ..... مهر و امضای پزشک		

### نتایج معاینات پزشک متخصص / فوق تخصص در دوره متوسطه اول

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		



### ارزیابی ساختار قامتی و آمادگی جسمانی در دوره متوسطه اول

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\*

پایه سوم متوسطه اول	پایه دوم متوسطه اول	پایه اول متوسطه اول	پایه		قابلیت
			آزمون	پایه	
			دویدن	540	آمادگی قلبی عروقی
			راه رفتن	متر	
			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:



## دوره متوسطه دوم

### 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: .....

پایه سوم دوره متوسطه دوم						ارزیابی مقدماتی	
تاریخ پیگیری	اقدامات مورد نیاز			یافته ارزیابی			نوع ارزیابی
	توصیه	نتیجه ارجاع		نیاز به ارجاع			
		تایید اختلال	سالم	ندارد	دارد		
						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
						بین z-score -2 و z-score -3	
						بین z-score 1 و z-score 2	
						بالای z-score 2	
						بین z-score -2 و z-score 1	
					/	دارد	اختلال بینایی
						ندارد	
					/	دارد	چشم چپ
						ندارد	
						دارد	اختلال شنوایی
						ندارد	
						دارد	گوش راست
						ندارد	
						دارد	گوش چپ
						ندارد	
						دارد	اختلال پوست و مو
						ندارد	
						پدیکولوژ	سر
						ندارد	
						سایر	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	

ارزیابی مقدماتی								پایه سوم دوره متوسطه دوم - ادامه			
تاریخ پیگیری	اقدامات مورد نیاز				اقدام				نوع ارزیابی		
	توصیه	نتیجه ارجاع		نیاز به ارجاع		یافته ارزیابی					
		تایید اختلال	سالم	ندارد	دارد						
							پر خاشکری	رفتارهای پرخطر			
							تغذیه نامناسب				
							مصرف مواد دخانی				
							سوء مصرف مواد				
							کم تحرکی				
							ندارد	فشار خون .....			
							بالای صدک 90				
							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 \*

پایه تحصیلی	دیابت	صرع	بیماری های قلبی عروقی	آسم	بیماری های ژنتیک و مادرزادی (هموفیلی، تالاسمی و ...)	آلرژی	مصرف دارو بیش تر از 3 ماه (با ذکر نام دارو)
پایه سوم دوره متوسطه دوم							

\* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد.

پایه سوم دوره متوسطه دوم

معاینه پزشکی عمومی

اقدام بعدی		درمان			پیگیری	درخواست آزمایش	درمان	اقدام		نوع ارزیابی
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود				یافته ارزیابی		
								زیر z-score -3	قد به سن	وضعیت عمومی
								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 2 و z-score 2		
								بالای z-score 2		
								بین z-score -2 و z-score 1		
								زردی اسکلا		
								طبیعی	بررسی مخاط	
								رنگ پریده		
								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	بررسی تیروئید	
								وجود مشکل بدون گواتر		
								سالم		
								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		نوع ارزیابی	یافته ارزیابی
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود				سالم	اسکولیوز		
									سالم	ستون فقرات	ستون فقرات، قفسه سینه و اندام ها
								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			
								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 سوم دوره متوسطه دوم

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	علت محدودیت .....
** معاف موقت	علت .....	مدت .....
تاریخ ..... مهر و امضای پزشک		

### نتایج معاینات پزشک عمومی در دوره متوسطه دوم

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	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 مراقبت ویژه	ندارد **	دارد
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک: .....		
توصیه های پزشک عمومی: .....		
فعالیت ورزشی: ** بدون محدودیت	** دارای محدودیت	علت محدودیت .....
** معاف موقت	علت .....	مدت .....

### نتایج معاینات پزشک متخصص / فوق تخصص در دوره متوسطه دوم

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		



## ارزیابی ساختار قامتی و آمادگی جسمانی در دوره متوسطه

شست کج	کف پای صاف	زانو		کمر گود	پشت			شانه نا متقارن	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\*

پایه سوم دوره متوسطه دوم	پایه دوم دوره متوسطه دوم	پایه اول دوره متوسطه دوم	پایه تحصیلی		قابلیت
			آزمون		
			دویدن	540	آمادگی قلبی عروقی
			راه رفتن	متر	
			شنای سوئدی		استقامت و قدرت عضلانی
			بارفیکس اصلاح شده (دختران)		
			بارفیکس ایستاده (پسران)		
			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:











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

سازمان آموزش و پرورش استثنایی

وزارت آموزش و پرورش  
دفتر امور سلامت و تندرستی

§ 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 آموزشی و پرورشی منطقه تحویل دهد.