|  |
| --- |
|  **دانشگاه/دانشكده علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني.................**  |
| **مركز بهداشت استان .......................... شهرستان ................... سال ....................... روستایی**  |
| **فرم ( 1-109 ) - ارزيابي غیر پزشك (گروه سني 10-6 سال)** |
| **دوره/ پایه تحصیلی** | **جنس** | **تعداد کل دانش آموز** | **تعداد دانش آموز تحت پوشش** | **تعداد دانش آموز معاینه شده** | **نتايج ارزيابي** | **مشكوك به اختلالات قد به سن** | **مشكوك به اختلالات نمایه توده بدنی** | **پديكولوزيس سر** | **دهان و دندان** |
|
| **زير3- (z-score)**  | **بين 2- و3- z-score))** | **بالای3 z-score) +)** | **زير3z-score) -)** | **بين 2- و3- score))** | **بين 1+ و2 z-score) +)** | **بالای2 z-score) +)** | **تعداد دندان هاي پوسيده** | **تعداد افراد داراي دندان پوسيده** | **تعداد دندان هاي پر شده** | **تعداد افراد داراي دندان پر شده** | **تعداد افراد داراي مجموعه دنداني سالم** | **تعداد افراد داراي لثه ملتهب** |
| **…………** | **دختر**  |  |  |  | **تشخيص** | **مشكوك** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بيمار/ اختلال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **اقدامات اوليه** | **درمان سرپايي**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **توصيه يا مشاوره**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ارجاع**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نتيجه ارجاع**  | **تاييد بيماري** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سالم** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بدون جواب** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد موارد پيگيري و مراقبت شده** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پسر** |  |  |  | **تشخيص** | **مشكوك** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بيمار/ اختلال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **اقدامات اوليه** | **درمان سرپايي**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **توصيه يا مشاوره**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ارجاع**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ارجاع**  | **تاييد بيماري** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سالم** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بدون جواب** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد موارد پيگيري و مراقبت شده** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **تاريخ: نام و امضاء تکمیل کننده: نام و امضاء مسئول واحد:**  |

|  |
| --- |
| **وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی** |
| **دانشگاه/دانشكده علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني.................** |
| **مركز بهداشت استان .......................... شهرستان ................... سال ....................... روستایی**  |
| **فرم ( 1-109 ) - ارزيابي غیر پزشك (گروه سني 10-6 سال)** |
| **دوره/ پایه تحصیلی** | **جنس** | **تعداد کل دانش آموز** | **تعداد دانش آموز تحت پوشش** | **تعداد دانش آموز معاینه شده** | **نتايج ارزيابي** | **ريه** | **مشكوك به اختلال روان پزشکی** | **رفتارهای پرخطر** | **فشار خون** | **مشكوك به اختلال بینایی (اختلال ديد)** | **مشكوك به اختلال شنوایی (كاهش شنوايي)** | **ابتلا به بيماري نيازمند مراقبت ويژه** |
| **ديابت** | **صرع** |  **بيماري هاي قلبي عروقي** | **آسم** | **بیماری های ژنتیک و مادر زادی** | **آلرژي** |
| **مشكوك به آسم** | **مشكوك به سل** | **تغذيه نامناسب** | **كم تحركي** | **تماس با مواد دخاني** | **بالاي صدك 90** | **هموفيلي** | **تالاسمي** | **ساير** |
| **…………….** | **دختر** |  |  |  | **تشخيص** | **مشكوك** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بيمار/ اختلال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **اقدامات اوليه** | **درمان سرپايي** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **توصيه يا مشاوره** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ارجاع** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نتيجه ارجاع** | **تاييد بيماري** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سالم** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بدون جواب** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد موارد پيگيري و مراقبت شده** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پسر** |  |  |  | **تشخيص** | **مشكوك** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بيمار/ اختلال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **اقدامات اوليه** | **درمان سرپايي** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **توصيه يا مشاوره** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ارجاع** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ارجاع** | **تاييد بيماري** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سالم** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بدون جواب** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد موارد پيگيري و مراقبت شده** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تاريخ: نام و امضاء تکمیل کننده: نام و امضاء مسئول واحد:** |
|  |
| **دانشگاه/دانشكده علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني.................** |
| **مركز بهداشت استان .......................... شهرستان ................... سال ....................... روستایی**  |
| **فرم (2-109 ) - معاينات پزشك (گروه سني 10-6 سال)** |
| **دوره/پایه تحصیلی** | **جنس** | **تعداد کل دانش آموز** | **تعداد دانش آموز تحت پوشش** | **تعداد دانش آموز معاینه شده** | **نتايج ارزيابي** | **اختلالات قد به سن** | **اختلالات نمایه توده بدنی** | **زردي اسكلرا** | **بررسي مخاط** | **چشم** | **گوش** | **تيروئيد** | **ريه** |
| **زير3- (z-score)** | **بين 2- و3- z-score))** | **بالای3 z-score) +)** | **زير3z-score) -)** | **بين 2- و3- score))** | **بين 1+ و2 z-score) +)** | **بالای2 z-score) +)** | **هپاتيت** | **رنگ پريدگي(مشكوك به كم خوني)** | **كونژنكتيويت** | **اختلال بینایی** | **اختلال شنوایی** | **اوتيت مديا** | **اوتيت خارجي** | **گواتر** | **وجود مشكل بدون گواتر** |  |  |
| **آسم** | **سل** |
| **………….** | **دختر** |  |  |  | **تشخيص** | **مشكوك** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بيمار/ اختلال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تحت درمان** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **اقدامات اوليه** | **درمان سرپايي** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ارجاع به مراكز تخصصي** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نتيجه ارجاع به مراكز تخصصي** | **تاييد بيماري** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **فاقد مشكل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تحت درمان** | **سرپايي** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بستري** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بدون جواب** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ثبت روند پيگيري و مراقبت** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پسر** |  |  |  | **تشخيص** | **مشكوك** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بيمار/ اختلال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تحت درمان** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **اقدامات اوليه** | **درمان سرپايي** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ارجاع به مراكز تخصصي** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نتيجه ارجاع به مراكز تخصصي** | **تاييد بيماري** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **فاقد مشكل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تحت درمان** | **سرپايي** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بستري** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بدون جواب** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ثبت روند پيگيري و مراقبت** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تاريخ: نام و امضاء تکمیل کننده: نام و امضاء مسئول واحد:** |

|  |
| --- |
| **دانشگاه/دانشكده علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني.................** |
| **مركز بهداشت استان .......................... شهرستان ................... سال ....................... روستایی**  |
| **فرم (2-109 ) - معاينات پزشك (گروه سني 10-6 سال) - ادامه** |
| **دوره/پایه تحصیلی** | **جنس** | **تعداد کل دانش آموز** | **تعداد دانش آموز تحت پوشش** | **تعداد دانش آموز معاینه شده** | **نتايج ارزيابي** | **قلب و عروق** | **اختلالات اسكلتي- عضلاني و قامت** | **ادراري تناسلي** | **روند بلوغ** | **فشار خون** | **اختلال روانپزشکی** | **ساير بيماري ها** |
| **بيمار** | **در خطر ابتلا به بيماري زودرس** | **ستون فقرات** | **قفسه سينه** | **اندام ها** | **عفونت ادراري** |  **عدم نزول بيضه(پسران پايه اول ابتدايي)** | **بلوغ زودرس(دختران پايه اول ابتدايي)** | **پره هيپرتانسيون** | **هيپرتانسيون مرحله I** | **هيپرتانسيون مرحله II** | **اختلال اضطرابي** | **اختلال خلقي** | **اختلال بيش فعالي و نقص تمركز** | **اختلال صرع** | **اختلال سلوك** | **اختلال وسواس** | **اختلال تيك** |
| **اسكوليوز** | **کیفوز** | **لوردوز** | **اختلال شكل قفسه سينه** | **غیر طبیعی** |
| **………….** | **دختر** |  |  |  | **تشخيص** | **مشكوك** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بيمار/ اختلال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تحت درمان** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **اقدامات اوليه** | **درمان سرپايي** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ارجاع به مراكز تخصصي** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نتيجه ارجاع به مراكز تخصصي** | **تاييد بيماري** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **فاقد مشكل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تحت درمان** | **سرپايي** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بستري** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بدون جواب** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ثبت روند پيگيري و مراقبت** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پسر** |  |  |  | **تشخيص** | **مشكوك** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بيمار/ اختلال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تحت درمان** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **اقدامات اوليه** | **درمان سرپايي** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ارجاع به مراكز تخصصي** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نتيجه ارجاع به مراكز تخصصي** | **تاييد بيماري** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **فاقد مشكل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تحت درمان** | **سرپايي** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بستري** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بدون جواب** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ثبت روند پيگيري و مراقبت** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تاريخ: نام و امضاء تکمیل کننده: نام و امضاء مسئول واحد:** |

|  |
| --- |
| **دانشگاه/دانشكده علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني.................**  |
| **مركز بهداشت استان ..................... شهرستان.................. سال..................... روستایی**  |
| **فرم ( 1-109 ) - گزارش نتايج بررسي واكسيناسيون دانش آموزان پايه اول دوره ابتدايي** |
| **جنس** | **تعداد کل دانش آموز** | **تعداد دانش آموز تحت پوشش**  | **تعداد دانش آموز معاینه شده** | **تعداد دانش آموزان با واكسيناسيون كامل قبل** **از اجراي طرح سنجش** | **تعداد دانش آموزان با واكسيناسيون ناقص قبل از اجراي طرح سنجش** | **تعداد دانش آموزان با واكسيناسيون ناقص كه بعد از اجراي طرح سنجش، واكسيناسيون آن ها كامل شده است** |
| **دختر**  |  |  |  |   |   |    |
| **پسر** |  |  |  |   |   |    |
|  **تاريخ: نام و امضاء تکمیل کننده: نام و امضاء مسئول واحد:**  |