



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 پرچسب

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:

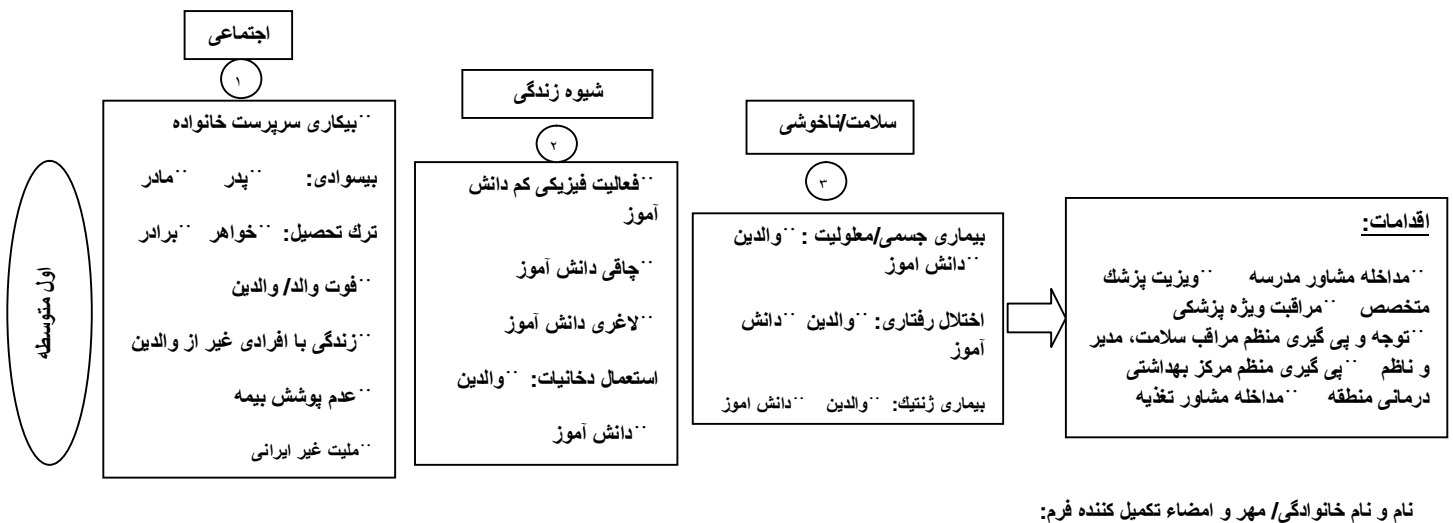
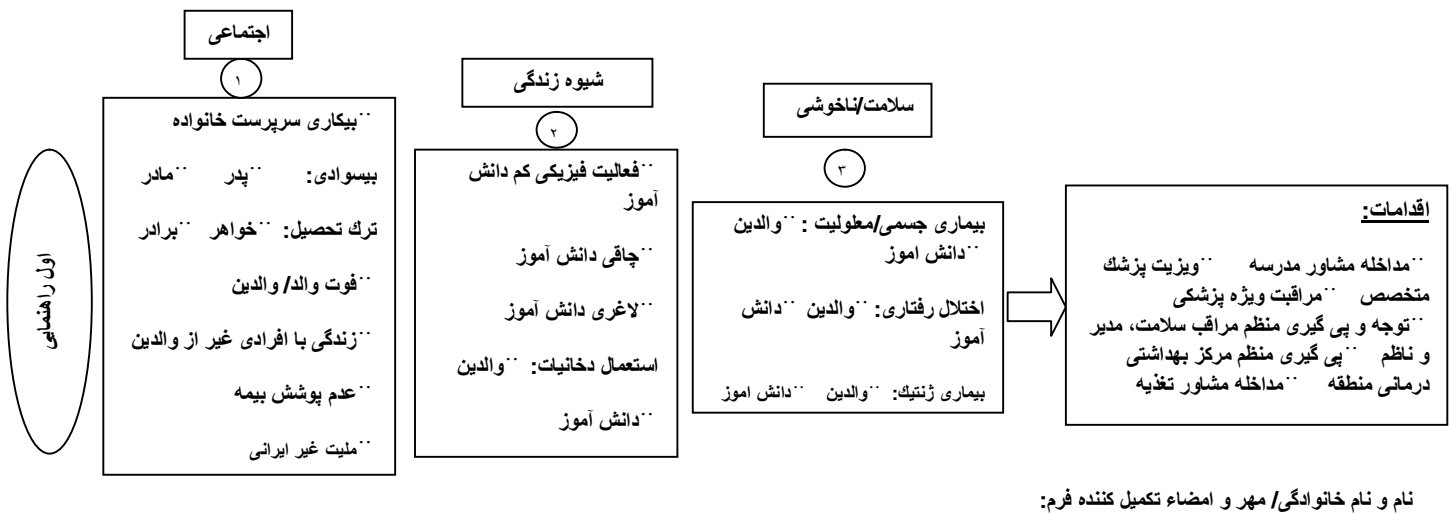
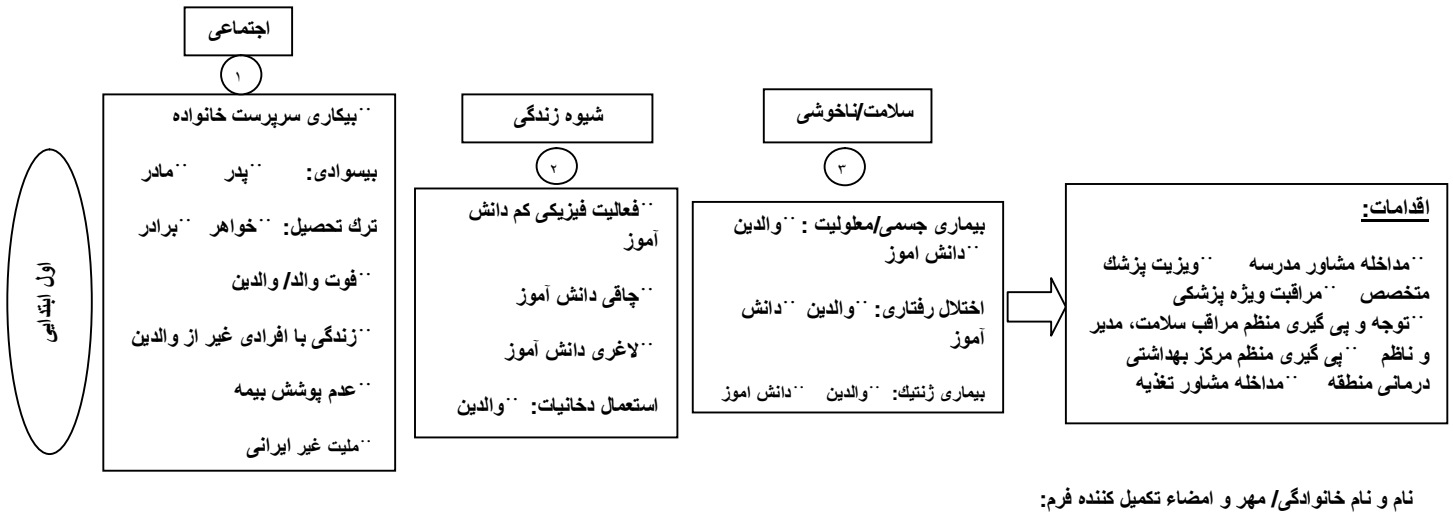
آدرس:

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



* لازم به ذکر است که این جداول توسط مراقبین مدارس و یا کارکنان 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:	
نام و نام خانوادگی مادر:	کد ملی:	نام پدر:	
سابقه آموزش قبل از دبستان:	دارد ** ندارد **	تاریخ تولد:/...../13.....	
خدمات درمانی	نیروهای مسلح	تأمین اجتماعی	وضعیت بیمه پایه:
روستائیان	سایر	کمیتة امداد	
ندارد		دارد	بیمه تکمیلی:
دست غالب: راست	چپ	دو زبانه	وضعیت زبان: یک زبانه
دین: اسلام	سایر		

مشخصات خانواده

1- پدر:			
سال تولد:	میزان تحصیلات:	بی سواد	ابتدایی یا نهضت سوادآموزی
شغل:	شاغل در بخش خصوصی	متوسطه یا حوزوی	فوق دیپلم
مقرری بگیر(مستمری بگیر)	شاغل در بخش دولتی	بازنشسته	دارای کار آزاد (خویش فرما)
در قید حیات:	هست	نیست	بیکار
2- مادر:			
سال تولد:	میزان تحصیلات:	بی سواد	ابتدایی یا نهضت سوادآموزی
شغل:	شاغل در بخش خصوصی	متوسطه یا حوزوی	فوق دیپلم
مقرری بگیر(مستمری بگیر)	شاغل در بخش دولتی	بازنشسته	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			

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

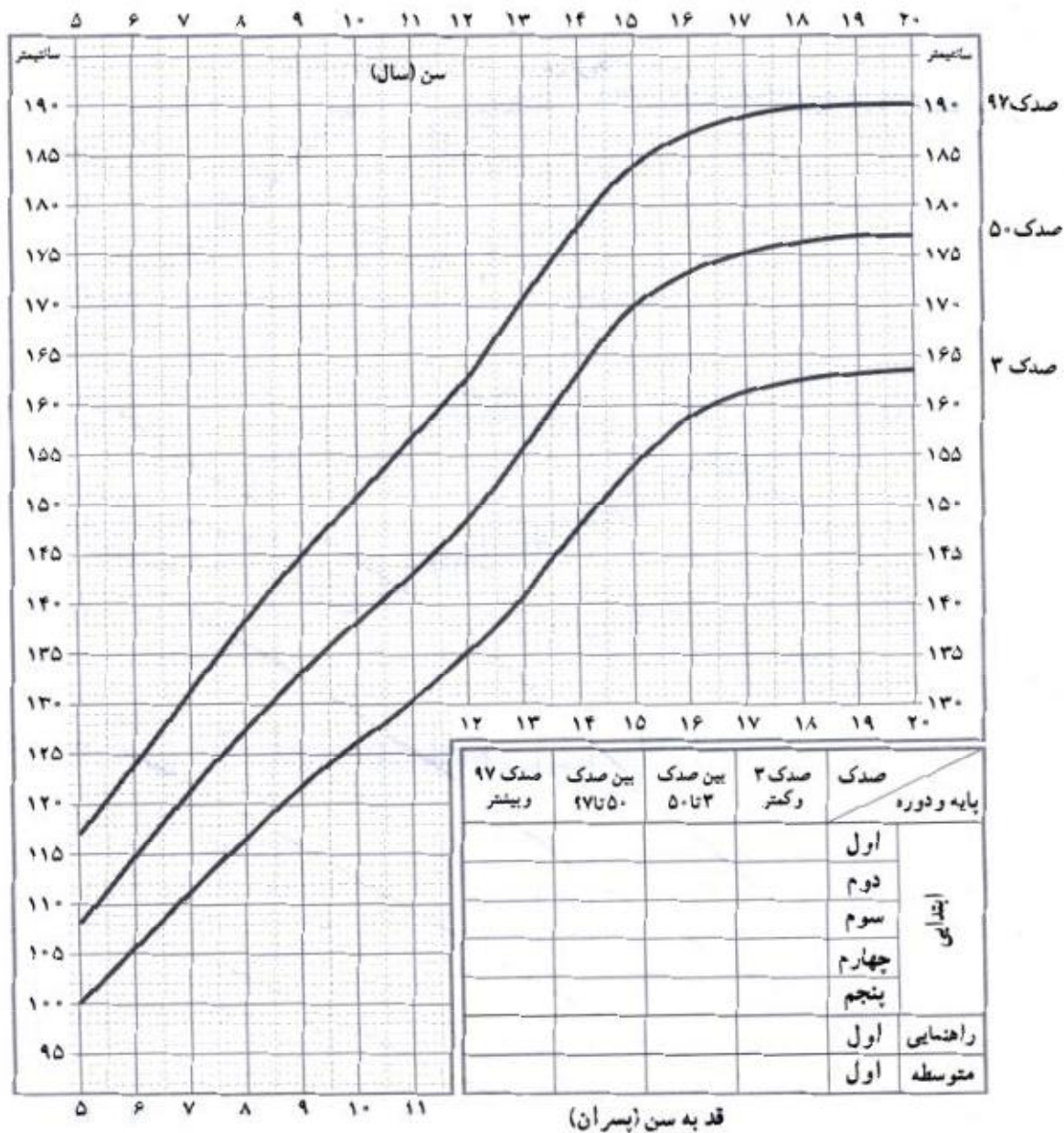
نام و نام خانوادگی مراقب سلامت/ بهورز و امضاء	ایمن سازی: <input type="checkbox"/> کامل <input type="checkbox"/> ناقص <input type="checkbox"/> نزده نوع واکسن های ناقص: نوبت: در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل:	6 سالگی اول ابتدایی
--	---	------------------------

سابقه بیماری/ عادت در خانواده *

اختلالات عضوی ناتوان کننده	اختلالات روانپزشکی	بیماری های 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.

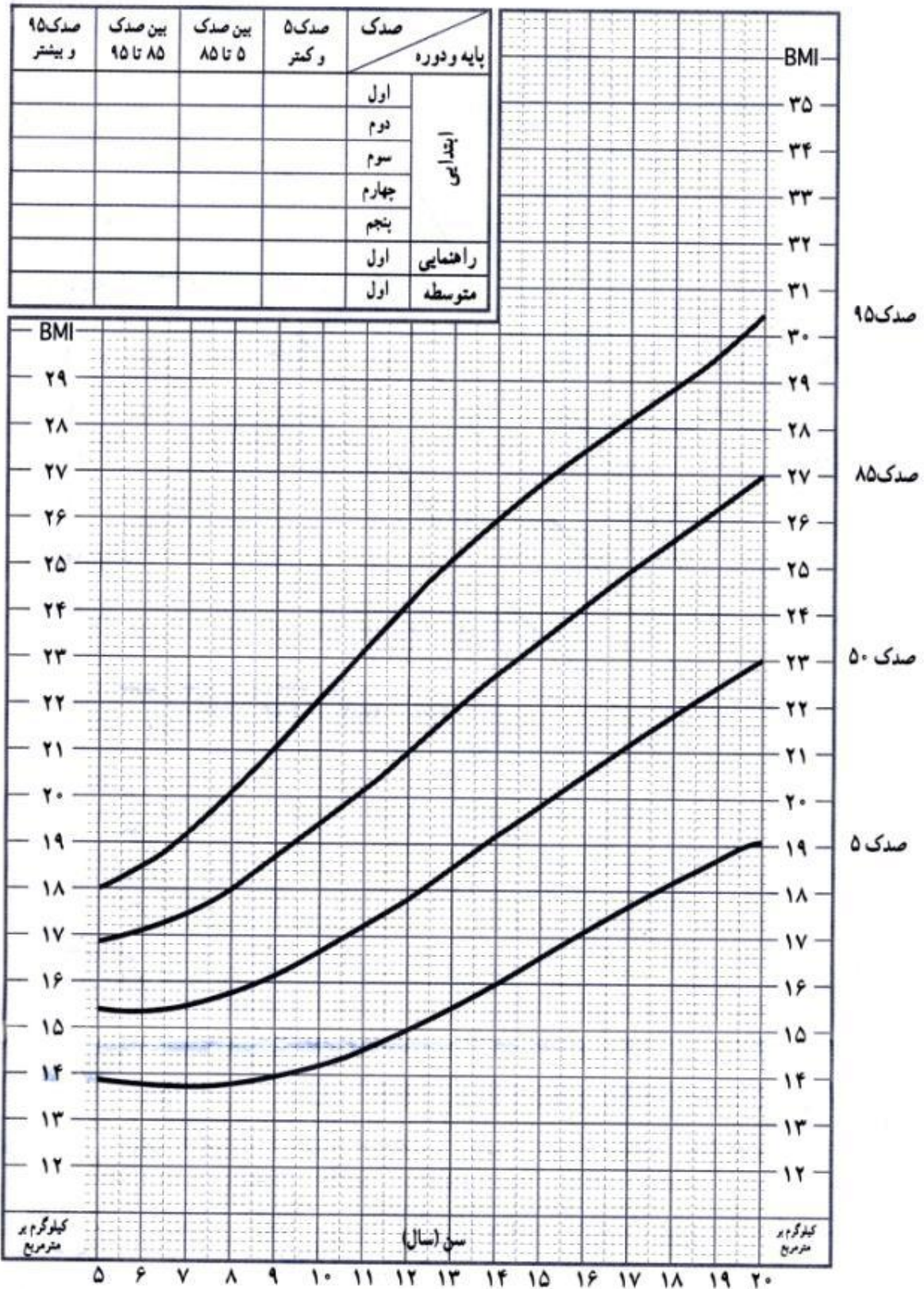
نمودار استاندارد قد به سن پسران از ۵ تا ۲۰ سالگی



پایش رشد

دوره و بایه 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) پسران از ۵ تا ۲۰ سالگی



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

زیر صدک 5 = لاغر بین صدک 5 تا 85 = در محدوده وزن طبیعی بین صدک 85 تا 95 = اضافه وزن صدک 95 و بیش تر = چاقی

ارزیابی مقدماتی

توضیحات	پیگیری	توصیه	نتیجه ارجاع		ارجاع		اقدام		نوع ارزیابی
			تایید اختلال	سالم	غیر فوری	فوری	یافته های ارزیابی		
								<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> صدی 3 و کم تر بین صدی 3 تا 97 صدی 97 و بیش تر </div>	قد به سن
								<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> صدی 5 و کم تر بین صدی 5 تا 85 بین صدی 85 تا 95 </div>	BMI نمایه توده بدنی
								<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> دارد ندارد </div>	اختلال بینایی چشم راست
								<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> دارد ندارد </div>	چشم چپ
								<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> دارد ندارد </div>	اختلال شنوایی گوش راست
								<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> دارد ندارد </div>	گوش چپ
								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	اختلال پوست و مو
								دارد	
								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

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

معاینه پزشک عمومی

اقدامات							اقدام	یافته ارزیابی	نوع ارزیابی	
اقدام بعدی		نتیجه پیگیری			پیگیری	درمان				درخواست آزمایش
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود						
							سالم	شکم		
							ارگانومگالی دارد			
							طبیعی	ادراری تناسلی		
							عدم نزول بیضه 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 در پایه اول ابتدایی

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	مدت
** معاف موقت	علت	مهر و امضاء	
تاریخ نام و نام خانوادگی پزشک			

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 **
نیاز به ارجاع	نیاز به ارجاع	دارد.
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.
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.
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.
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 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)

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

1- تاریخ، مهر و امضای دندانپزشک/بهداشتکار در بدو ورود به دبستان

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

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/ 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)

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

ارزیابی ساختار قامتی و آمادگی جسمانی

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

* 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						
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:	نام:
مادر: در قید حیات **	نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار* :	پدر: در قید حیات **
خدمات درمانی **	نیروهای مسلح **	وضعیت بیمه پایه:
روستائیان **	سایر **	تامین اجتماعی **
ندارد **		کمیتة امداد **
		بیمه تکمیلی:
		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: 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			
							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	چشم راست	اختلال	
							ندارد			
							دارد	چشم چپ	بینایی	
							ندارد			
							دارد	گوش راست	اختلال	
							ندارد			
							دارد	گوش چپ	شنوایی	
							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			
		امضاء :				سمت :	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:			

* 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						
								صدک 3 و کم تر	قد به سن	وضعیت عمومی
							صدک 97 و بیش تر			
							صدک 5 و کم تر	نمایه توده بدنی BMI		
							بین صدک 85 تا 95			
							صدک 95 و بیش تر			
							طبیعی	بررسی مخاط		
							رنگ پریده			
							زرد			
							سالم	چشم راست	چشم	
							کونژکتیویت			
							سالم	چشم چپ		
							کونژکتیویت			
							سالم	گوش راست	گوش	
							اوتیت مدیا			
							اوتیت خارجی	گوش چپ		
							سالم			
							اوتیت مدیا	گوش چپ		
							اوتیت خارجی			
							طبیعی	بررسی اندازه تیروئید	غدد	
							بزرگ			
							سالم	ریه		
							آسم			
							سل			
							سالم	قلب و عروق		
							سوفل و صدای غیر طبیعی			
							غیر طبیعی بودن نیض ها			
							ادم اندام ها و صورت			
							سالم	جلدی		
							بیمار			
							سالم	ستون فقرات	ستون فقرات، قفسه سینه و اندام ها	
							اسکولیوز			
							کیفوز			
							لوردوز	قفسه سینه		
							سالم			
							اختلال شکل	اندام ها		
							سالم			
							غیر طبیعی			

معاینه پزشک عمومی

اقدام بعدی		نتیجه پیگیری			پیگیری	درمان	درخواست آزمایش	اقدام	
								بافته ارزیابی	
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود				سالم	شکم
								سالم	شکم
								ارگانومگالی دارد	
								طبیعی	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 مراقبت ویژه
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:

** اختلالات خونی ** دیابت ** حساسیت دارویی
 ** مشکلات کبدی ** صرع ** مشکلات قلبی عروقی ** سل
 ** 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)

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

* تاریخ، مهر و امضای دندانپزشک/بهداشتکار در سال 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/ فلورایدتراپی/ فیشورسیلانت/ PRR/ کشیدن/ جرم گیری و پروساز/ 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)

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

ارزیابی ساختار قامتی و آمادگی جسمانی

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

* 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: نام خانوادگی: نام آموزشگاه محل تحصیل:

پدر: در قید حیات ** مادر: در قید حیات ** نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار*:

وضعیت بیمه پایه: ** تامین اجتماعی ** خدمات درمانی ** نیروهای مسلح **

بیمه تکمیلی: ** دارد ** روستائیان ** سایر **

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

وضعیت ایمن سازی

14-16 سالگی
اول متوسطه

واکسن دوگانه بزرگسالان (توام): ** زده **
** نزده ** تاریخ تلقیح:

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: 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	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	
						ندارد		چشم راست	
						دارد	ندارد	اختلال بینایی	
						دارد	چشم چپ		
						ندارد	دارد	اختلال شنوایی	
						دارد	گوش راست		
						ندارد	دارد		گوش چپ
						دارد	گوش چپ		
						دندان پوسیده	دندان پر شده	اختلال دهان و دندان	
						دندان کشیده شده	لثه متورم		
						مشکوک به آسم	مشکوک به سل		
						ندارد	دارد	اختلال ریوی	
						دارد	ندارد		
						دارد	ندارد	اختلال پوست و مو	
						دارد	ندارد	اختلال روانپزشکی	
						ندارد	ندارد		
		امضاء :			سمت :	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم :			

معاینه پزشک عمومی

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

معاینه پزشک عمومی

اقدام بعدی		نتیجه پیگیری			پیگیری	درمان	درخواست آزمایش	یافته ارزیابی		نوع ارزیابی
								اقدام	نوع ارزیابی	
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
								غیر طبیعی		
								سالم		اختلال ژنتیک و مادرزادی
								عامل خطر دارد		
								بیماری دارد		
								میزان فشار خون:		
سایر:										

جدول مراقبت ویژه *

مقطع تحصیلی	دیابت	صرع	بیماری های قلبی عروقی	آسم	بیماری های ژنتیک و مادرزادی	آلرژی	نام داروی مصرفی
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 دارد.
نیاز به مراقبت ویژه	** ندارد	** دارد	مراقبت ویژه مورد نیاز مراقبت ویژه
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 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.

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.

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.

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 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 ** سابقه مصرف دارو
 ** مصرف فعلی دارو ** سایر موارد

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

سایر موارد	فلوراید تراپی	جرم گیری و بروساژ	فیشور سیلانت	پالپوتومی	کشیدن	ترمیم	نوع ارزیابی پایه تحصیلی
							اول متوسطه

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

راهنمای دندانپزشکی / 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 / 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 متوسطه)

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

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

از طریق مراکز بهداشتی درمانی و یا مراقبت ویژه در مدرسه دارد (توسط مراقب سلامت/ کارکنان بهداشتی تکمیل گردد)

توصیه های لازم و پیگیری	اقدامات به عمل آمده	تاریخ و نام تشخیص دهنده	اختلال / بیماری	دوره و پایه تحصیلی
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- § 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.