|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **دانشگاه/دانشكده علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني.................** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **مركز بهداشت استان .......................... شهرستان ................... سال ....................... شهری دانش آموز** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 ....................... شهری دانش آموز** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 ....................... شهری دانش آموز** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 ....................... شهری دانش آموز** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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..................... شهری دانش آموز** | | | | | | |
| **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:** | | | | | | |