|  |
| --- |
| **اطلاعات كلي** |
| **كد ملي**  |  |
| **تاريخ تشكيل پرونده** |  |
| **كدفرد** |  |

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي

تكميل اين شناسنامه جنبه آشنايي با سوابق پزشكي شما را داشته و با توجه به محرمانه بودن اطلاعات آن، در راستاي ارايه خدمات بهداشتي، درماني به شما، مورد استفاده قرار خواهد گرفت. مطالعه و پاسخ دقيق به سوالات، ما را دراين امر ياري مي نمايد. اينجانب متعهد مي‌گردم در صورتي كه بر اساس كتمان در پاسخگويي به سوالات، نقص يا خللي در فرآيند *بررسي وضعيت سلامتم* ايجاد شود به نوعي كه منجر به خسارت هاي جسمي، روحي يا معنوي درآينده گردد، پزشك معاينه كننده هيچگونه مسئوليتي برعهده نخواهد داشت.

نام و نام خانوادگي و امضاء فرد ....................................................

|  |
| --- |
| **الف) مشخصات فردي**  |
| اين قسمت توسط جوان تكميل شود. |
| 1- نام و نام خانوادگي: -------------------- | 9- محل اقامت فعلي: خوابگاه🞎 خانه دانشجويي🞎 منزل🞎 ساير🞎 |
| 2- جنس: مونث🞎 مذكر🞎 |
| 3- دانشجو: بلي 🞎 خير🞎 | 10- تحت پوشش بيمه: بلي🞎 خير🞎  |
| 4- محل تولد: -------------------- | 11- سطح تحصیلات: بیسواد 🞎 ابتدایی 🞎 دبیرستان 🞎 دیپلم 🞎 ليسانس🞎 بالاتر از ليسانس🞎 |
| 5- تاریخ تولد: -------------------- |
| 6- وضعيت تاهل: مجرد🞎 متاهل🞎 طلاق گرفته 🞎 متارکه 🞎 همسر فوت شده 🞎 | وضعيت اشتغال: شاغل 🞎 بيكار🞎 خانه دار🞎 محصل🞎 دانشجو🞎 از کار افتاده🞎 | گروه خوني: .............. |
| 7- در صورت تاهل تعداد فرزندان : .................................... | 13- تلفن ثابت : ---------------- همراه: -------------- |
| 8- با چه كساني زندگي مي كنيد؟ والدين 🞎 يكي ازوالدين 🞎 خواهر و برادر🞎 همسر🞎 بستگان 🞎 ساير🞎 | 14- آدرس ايميل: ----------------------------------- |
| آدرس محل سکونت : ............................................................................................................... |

|  |
| --- |
| **ب) سابقه بيماري در خانواده ( منظور پدر و مادر، خواهر و برادر شما مي باشد )** |
| اين قسمت توسط فرد تكميل شود. لطفاً اگر فردي در خانواده شما سابقه مشكلات زير را دارد"بلي، خير يا نمي دانم" را در داخل 🞎 علامت ✓بزنيد. |
| 1- ديابت | بلي 🞎 خير🞎 نمي دانم🞎  | 6- سرطان | بلي 🞎 خير🞎 نمي دانم🞎  | 11- اختلالات روانپزشكي | بلي 🞎 خير🞎 نمي دانم 🞎 |
| 2- سكته قلبي در كم تر از 55 سالگي  | بلي 🞎 خير🞎 نمي دانم🞎  | 7- سل | بلي 🞎 خير🞎 نمي دانم🞎  | 12- در صورتي كه سوال 8 مثبت است لطفاً نوع آن را مشخص فرماييد: ............................... |
| 3- سكته مغزي | بلي 🞎 خير🞎 نمي دانم🞎  | 8- هپاتيت | بلي 🞎 خير🞎 نمي دانم🞎  | 13- بيماري هاي تيروئيد (گواتر، پركاري و كم‌كاري) | بلي 🞎 خير🞎 نمي دانم 🞎 |
| 4- چربي خون بالا | بلي 🞎 خير🞎 نمي دانم🞎  | 9- ايدز | بلي 🞎 خير🞎 نمي دانم🞎  | 14- سابقه مصرف مواد دخاني  بلي 🞎 خير🞎 نمي دانم 🞎 | 15- سابقه مصرف الكلبلي 🞎 خير🞎 نمي دانم 🞎 |
| 5- فشارخون بالا | بلي 🞎 خير🞎 نمي دانم🞎  | 10- اگر جواب سوال 6 مثبت است لطفاً نوع آن را شرح دهيد: ................................................ | 16- سابقه مصرف ساير مواد:بلي 🞎 خير🞎 نمي دانم🞎 | ساير (توضيح دهيد): |

|  |  |
| --- | --- |
| **ح) سابقه بيماري درفرد ( در صورت سابقه ابتلا به هريك از موارد زير، در داخل 🞎 علامت✓بزنيد) توسط پزشك تكميل شود** |  |
| 1. دارو
 | حساسيت به: پني سيلين 🞎 آسپيرين 🞎 ساير 🞎 توضيح داده شود: .................................................................... |
| 1. بيماري عفوني
 | سل 🞎 ايدز 🞎 هپاتيت (زردي) 🞎 مالاريا 🞎 ساير: توضيح داده شود. |
| 1. اختلالات خون
 | كم خوني تاييد شده توسط آزمايش خون 🞎 تالاسمي مينور🞎 تالاسمي ماژور🞎 هموفيلي 🞎 سايرموارد 🞎 |
| 1. گوش، حلق و بيني
 | كاهش شنوايي 🞎 سينوزيت مزمن 🞎 حساسيت فصلي 🞎 ساير🞎 |
| 1. بيماري قلبي عروقي
 | فشارخون بالا🞎 آريتمي ها 🞎 بيماري هاي مادرزادي قلب 🞎 |
| 1. غدد و متابوليسم
 | چربي خون بالا 🞎 ديابت 🞎 پركاري تيروئيد 🞎 كم كاري تيروئيد🞎  |
| 7- كليه و مجاري ادراري | پيلونفريت مزمن🞎 عفونت ادراري 🞎 |
| 8- مغز و اعصاب | صرع 🞎  |
| 9- اختلالات روانپزشكي تأیید شده | اختلال دوقطبي🞎 اختلال اضطرابي🞎 اختلال سايكوتيك🞎 قصديا اقدام به خودکشی🞎 افسردگي🞎 پرخاشگري 🞎 |
| 10- تناسلي | عفونت هاي منتقله جنسي: سوزاك 🞎 سفليس 🞎 تب خال تناسلي 🞎 زخم و زگيل تناسلي 🞎 |
| 11- زنان | واژينيت🞎 ميوم 🞎 تومورهاي تخمدان 🞎 كيست تخمدان🞎 توده يا ترشح غيرطبيعي پستان 🞎  |
| 12- سابقه مصرف  | سيگار🞎 قليان 🞎 ساير مواد 🞎: توضيح دهيد: ......................................................................................................... |
| 13- نقص عضو | بلي🞎 خير 🞎 توضيح دهيد: |
| 14- سوابق بيمارستاني | 1. سابقه عمل جراحي: بلي🞎 خير🞎 علت: .................................................................................................................
2. سابقه بستري شدن: بلي🞎 خير🞎 علت: .................................................................................................................
3. سابقه تزريق خون: بلي🞎 خير🞎 علت: .................................................................................................................
 |
| 15- موارد ديگر | ............................................................................................................................................................................................................... |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **پ) غربالگری اولیه سلامت روان :** |  |  |
| چقدر در 30 روز گذشته احساس می کرديد، مضطرب و عصبی هستيد؟1- هميشه 🞎 2- بيشتر اوقات 🞎 3-گاهي اوقات 🞎 4- بندرت🞎 5 – اصلا 🞎چقدر در 30 روز گذشته احساس  نااميدی می کرديد؟1- هميشه 🞎 2- بيشتر اوقات 🞎 3-گاهي اوقات 🞎 4- بندرت🞎 5 – اصلا 🞎چقدر در 30 روز گذشته احساس  ناآرامی و بی قراری می کرديد؟1- هميشه 🞎 2- بيشتر اوقات 🞎 3-گاهي اوقات 🞎 4- بندرت🞎 5 – اصلا 🞎چقدر در 30 روز گذشته  احساس افسردگی و غمگينی می کرديد؟1- هميشه 🞎 2- بيشتر اوقات 🞎 3-گاهي اوقات 🞎 4- بندرت🞎 5 – اصلا 🞎چقدر در 30 روز گذشته احساس می کرديد که انجام دادن هر کاری برای شما خيلی سخت است؟1- هميشه 🞎 2- بيشتر اوقات 🞎 3-گاهي اوقات 🞎 4- بندرت🞎 5 – اصلا 🞎چقدر در 30 روز گذشته احساس بی ارزشی می کرديد؟1- هميشه 🞎 2- بيشتر اوقات 🞎 3-گاهي اوقات 🞎 4- بندرت🞎 5 – اصلا 🞎  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ت ) غربالگري اوليه سومصرف مواد:** |  |
| **پرسش 1**- در **طول عمر** خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده­اید؟ **(فقط مصرف غیرپزشکی)** | **بله** | **خیر** | **پرسش 3-** در صورت پاسخ مثبت به هر یک: در سه ماه اخیر چطور؟ | **بله** | **خیر** |
| الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره) |  |  |  |  |
| ب- داروهای مسکن اُپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره) |  |  |  |  |
| ج- داروهای آرام­بخش یا خواب­آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباربیتال، غیره) |  |  |  |  |
| د- نوشیدنی­های الکلی (آبجو، شراب، عَرَق، غیره) |  |  |  |  |
| **پرسش 2**- مواد دیگر چطور؟ **(فقط مصرف غیرپزشکی)** |  |  |  |  |
| الف- مواد اَفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره) |  |  |  |  |
| ب- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره) |  |  |  |  |
| ج- محرک­های ­آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره) |  |  |  |  |
| د- سایر- مشخص کنید: |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ث) غربالگری رفتارهای تغذیه ای :** |  |
| 1- مصرف میوه روزانه چقدر است؟ | بندرت /هرگز 🞎  | كمتراز 2سهم🞎  | 2تا 4 سهم يا بيشتر🞎  |
| 2- مصرف سبزي روزانه شما چقدر است ؟  | بندرت/هرگز 🞎 | كمتراز 3 سهم🞎  | 3تا 5 سهم 🞎 |
| 2- چه میزان فعالیت بدنی در هفته دارد؟ ( حداقل فعالیت بدنی معادل با 30 دقیقه با تواتر 5 بار در هفته ) | كمتراز 150 دقيقه درهفته 🞎 | 2- 150 دقيقه وبيشتر 🞎  | بدون فعاليت بدني هدفمند 🞎  |
| 3- مصرف فست فود و/ یا نوشابه های گازدار چگونه است؟ | بندرت/هرگز 🞎 | هفته اي دو بار يا بيشتر🞎  | ماهي يكي دوبار🞎  |
| 4- واحد مصرفی شیر و لبنیات روزانه چقدر است؟ | بندرت/هرگز🞎  | كمتراز2 سهم 🞎  | 2سهم يا بيشتر🞎  |
| 5- آیا از نمكدان سر سفره استفاده می کند؟ | بندرت/هرگز 🞎 | گاهي 🞎 | هميشه🞎  |
| 6- ازچه نوع روغني بيشتر مصرف ميكنيد؟ | فقط روغن نيمه جامد ،‌ جامد يا حيواني 🞎 | تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد 🞎 | فقط گياهي مايع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی🞎) |

 صفحه 2

|  |  |
| --- | --- |
| **ج) ارزيابي اولیه (غير پزشك)** |  |
| عضو  | اختلال دارد | اختلال ندارد | مشكوك | ارجاع | نتيجه ارجاع | توضيحات | پي گيري |
|  |  |  |  | اختلال | بيماري | مشكوك |  |  |
| قلب وعروق (فشارخون بالا) | سيستول | دياستول |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| نمايه توده بدني | كمتر از 5/18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9/29-25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9/34-30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9/39-35 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| بيشتراز40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| دهان ودندان  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ريه |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **چ) واكسيناسيون** |  |
| واكسيناسيون فرد كامل است  | بلی 🞎 خیر 🞎 |
| واكسيناسيون فرد ناقص است  | بلی 🞎 خیر 🞎 |
| در صورتيكه واكسيناسيون فرد ناقص است آيا پي گيري يك ماه بعد به منظور تكميل واكسيناسيون انجام شده است ؟ | بلی 🞎 خیر 🞎 |
| آيا واكسيناسيون هپاتيت B براي گروه هاي درمعرض خطرانجام شده است؟ | بلی 🞎 خیر 🞎 |

|  |  |
| --- | --- |
| **خ) معاينات فيزيكي** |  |
| اين قسمت توسط پزشك تكميل شود. |
| معاينه وضعيت عمومي | چشم | سالم است 🞎 وجود يافته غيرطبيعي در معاينه 🞎 نوع يافته .............................................  |
| گوش | سالم است🞎 وجود يافته غيرطبيعي در معاينه 🞎 نوع يافته .............................................  |
| بيني | سالم است 🞎 وجود يافته غيرطبيعي در معاينه 🞎 نوع يافته .............................................  |
| حلق | سالم است🞎 وجود يافته غيرطبيعي در معاينه 🞎 نوع يافته .............................................  |
| گردن | سالم است 🞎 وجود يافته غيرطبيعي در معاينه 🞎 نوع يافته .............................................  |
| قلب وعروق | سالم است🞎 وجود يافته غيرطبيعي در معاينه 🞎 نوع يافته ............................................. |
| ريه | سالم است🞎 وجود يافته غيرطبيعي در معاينه 🞎 نوع يافته .............................................  |
| شكم | سالم است 🞎 وجود يافته غيرطبيعي در معاينه 🞎 نوع يافته ............................................. |
| اندام ها | سالم است 🞎 وجود يافته غيرطبيعي در معاينه 🞎 نوع يافته ............................................. |
| مغز و اعصاب | سالم است 🞎 وجود يافته غيرطبيعي در معاينه 🞎 نوع يافته ............................................. |
| پوست و مو | سالم است 🞎 وجود يافته غيرطبيعي در معاينه 🞎 نوع يافته ............................................. |
| تناسلي ادراري | سالم است 🞎 وجود يافته غيرطبيعي در معاينه 🞎 نوع يافته ............................................. |
| ستون مهره ها | سالم است 🞎 وجود يافته غيرطبيعي در معاينه 🞎 نوع يافته ............................................. |
| مفاصل | سالم است 🞎 وجود يافته غيرطبيعي در معاينه 🞎 نوع يافته ............................................. |
| روان  | سالم است 🞎 وجود يافته غيرطبيعي در معاينه 🞎 نوع يافته ............................................. |
| ساير موارد  |  |
| توضيح درباره يافته هاي غيرطبيعي در معاينه------------------------------------------------------------------------------------------------- |
| دهان و دندان | دندان پوسيده دارد 🞏 | وضعيت لثه | خونريزي از لثه دارد 🞏 |
| دندان درد دارد 🞏 | نياز به ارجاع فوري به دندانپزشك دارد 🞏  |

|  |
| --- |
| **د) اظهارنظرپزشك عمومي** |
| اين قسمت توسط پزشك تكميل شود. |
| جوان | سالم است 🞎 مبتلا به بيماري/ اختلال --------------------------- مي باشد |
| نیاز به معاینات تکمیلی تخصصی | ندارد🞎 دارد🞎 معاینات تکمیلی تخصصی--------------------------- |
| نياز به پيگيري | ندارد🞎 دارد🞎 نتيجه پيگيري--------------------------- - -- ---- |
| نیاز به آزمایشات تکمیلی | ندارد🞎 دارد🞎 نتيجه آزمایشات تکمیلی---------------------------- |
| نياز به ارجاع  | ندارد🞎 دارد🞎 نتيجه ارجاع---------------------------- -------- |
| توصيه هاي پزشك عمومي | ------------------------------------------------------------------- |
|  تاریخ ............................................................... مهر و امضاء پزشک: |

 صفحه 3

|  |
| --- |
| **ذ) اظهارنظرپزشك متخصص** |
| اين قسمت توسط پزشك تكميل شود. |
| اين جوان | سالم است 🞎 مبتلا به بيماري/ اختلال -------------------------- مي باشد. |
| توصيه هاي پزشك متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم | ------------------------------------------------------------------- |
| تاريخ ------------------- مهر و امضاء پزشك متخصص/ فوق تخصص:  |

|  |
| --- |
| **ر) پيگيري ارجاعات و توصيه ها**  |
| اين قسمت توسط پزشك تكميل شود. |
| تاريخ معاينه | نوع اختلال/ بيماري | تاريخ ارجاع | محل ارجاع | نتيجه ارجاع | توصيه ها |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 صفحه 4