|  |
| --- |
| **فرم خلاصه نتایج مراقبت های دوره ای (سنجش سلامت) نوجوانان 5 تا 18 سال**  |
| **C:\Users\PC\Pictures\1200px-دانشگاه_علوم_پزشکی_و_خدمات_بهداشتی,درمانی_کرمانشاه.jpg** | **دانشگاه/ دانشكده علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني: ......................... . شهرستان: ......................****مرکز خدمات جامع سلامت: ................................ پايگاه سلامت / خانه بهداشت: ....................................** |
| نام و نام خانوادگي ................................................. کد ملی /کدشناسه اتباع خارجی : ................................................. نام پدر .......................... تاريخ تولد ….../ ......./.........جنس: دختر 🞎 پسر 🞎  آدرس محل سکونت : ..................................................................................................... تلفن ثابت: ......................................... تلفن همراه: ..................................... |
| **بيماري نيازمند مراقبت ويژه:** ندارد 🞎 ديابت 🞎 صرع 🞎 بيماري قلبی- عروقي 🞎 آسم 🞎 هموفيلي 🞎 تالاسمي 🞎 سرطان🞎 G6PD 🞎 PKU 🞎اختلال روانپزشکی 🞎 سایر با ذکر نام بیماری..................................................... داروهای مصرفی(بیش از 3 ماه ) : ...........................................................  |
|  **سنجش بینایی :** چشم راست ............ چشم چپ ........... نتیجه ..............  |
|  **سنجش شنوایی :** گوش راست ........................ گوش چپ ............................ لکنت زبان : دارد 🞎 ندارد 🞎 |
| قد:................... (به سانتیمتر) وزن: ............................. (به کیلوگرم و گرم) نمایه توده بدنی............................ |
| **وضعیت دهان و دندان:**مشکل دندانی ندارد 🞎 مشکل دندانی دارد 🞎 التهاب لثه ندارد🞎 التهاب لثه دارد 🞎 جرم دندانی دارد 🞎 نیاز به ارجاع: ندارد 🞎 دارد 🞎دریافت خدمت وارنیش فلورایدتراپی: ارجاع شد(با رضایت والدین) 🞎 ارجاع نشد(عدم تمایل والدین) 🞎 |
| **وضعیت واکسیناسیون** از بدو تولد تا 6 سالگی: كامل 🞎 ناقص 🞎 نوع و نوبت واكسن هاي ناقص ............................................................ **تاریخ، مهر و امضای مسئول****پایگاه سلامت / خانه بهداشت**در صورت ناقص بودن، تاريخ تكميل: ....................................................... نیاز به نظر پزشک جهت انجام واکسیناسیون: دارد 🞎 ندارد 🞎(در صورت عدم رویت کارت واکسن، واکسیناسیون از ابتدا آغاز شده و کارت واکسن صادر شود.)  |
| **گزارش نهایی نتايج معاينات پزشک عمومی**مبتلا به: لاغری 🞎 لاغری شدید 🞎 اضافه وزن 🞎 چاقی 🞎 کوتاه قدی 🞎 کوتاه قدی شدید 🞎مبتلا به اختلال/ بيماري/ آلودگی نمي باشد 🞎 مي باشد 🞎 نوع بیماری/ اختلال/ آلودگی : ................................... نیاز به مراقبت ویژه: ندارد 🞎 دارد 🞎مراقبت ویژه مورد نیاز: ........................................................... توصیه ها :الف) به خانواده :..................................................ب) به اولیای مدرسه ...............................نیاز به ارجاع تخصصی: ندارد 🞎 دارد 🞎 |
| **تاریخ ، مهروامضای پزشک** **فعالیت ورزشی :** انجام فعالیت ورزشی هیچگونه محدودیتی ندارد 🞎 انجام فعالیت ورزشی محدودیت دارد 🞎علت محدودیت ....................................... معاف موقت 🞎 علت :................................................................... مدت :..................................... |