

فرم

غربالگری

شبکه بهداشت

فرم خلاصه نتایج مراقبت های دوره ای پایه های هدف ( ۱۰-۷-۴-۱) در سال تحصیلی جاری

شهرستان: بندر ماهشهر

مرکز خدمات جامع سلامت:

پایگاه سلامت / خانه بهداشت:

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

جنسیت:

آدرس:

تاریخ تولد:

کد ملی / کد شناسه (اتباع خارجی):

شماره همراه:

بیماری نیازمند مراقبت ویژه دارد  ندارد

دیابت  صرع  بیماری قلبی عروقی  آسم  سل  آلرژی  هموفیلی  تالاسمی  سرطان  کمبود G6PD  اختلال روانپزشکی  سایر

(با ذکر نام بیماری): ..... داروهای مصرفی (بیش از ۳ ماه): .....

وضعیت واکسیناسیون از بدو تولد تا ۶ سالگی:

کامل  ناقص، نوع و نوبت واکسن های ناقص .....  
در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل: .....  
نیاز به نظر پزشک جهت انجام واکسیناسیون دارد  ندارد

وضعیت دهان و دندان:

۱- مشکل دندانی دارد  ۲- مشکل دندانی ندارد   
۳- التهاب لثه دارد  ۴- التهاب لثه ندارد   
۵- جرم دندانی دارد  وضعیت دهان و دندان نیاز به ارجاع دارد  ندارد

وضعیت واکسیناسیون (۱۴ تا ۱۶ سالگی):

کامل  ناقص، نوع و نوبت واکسن های ناقص .....  
در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل: .....  
نیاز به نظر پزشک جهت انجام واکسیناسیون دارد  ندارد

قد: ..... وزن: .....

تاریخ، مهر و امضای مسئول  
پایگاه سلامت جامعه / خانه بهداشت

### گزارش نهایی نتایج معاینات پزشک عمومی

مبتلا به اختلال / بیماری / آلودگی می باشد  نمی باشد  نوع بیماری / اختلال / آلودگی: .....

.. مبتلا به لاغری  لاغری شدید  اضلفه وزن  چاقی  کوتاه قدی  کوتاه قدی شدید  می باشد.

توصیه ها به اولیا مدرسه و خانواده: .....

ب / توصیه های مربوطه به فعالیت ورزشی: برای انجام فعالیت های ورزشی در حال حاضر هیچ گونه محدودیتی ندارد

برای انجام فعالیت های ورزشی محدودیت دارد.  علت محدودیت .....

معاف موقت: علت ..... مدت .....

تاریخ،  
مهر و امضای پزشک