

"فرم خلاصه معاینات و ارزیابی وضعیت سلامت دانش آموزان"

<p>ولی / سرپرست قانونی محترم دانش آموز:</p> <p>با امضاء این صفحه تأیید می نماید از اقدامات و بررسی ها دوره ای که برای شناسایی اختلالات/بیماری های احتمالی فرزندان با صورت می گیرد، مطلع هستید و به آن رضایت می دهید و در صورت نیاز جهت پیگیری فعالیت درمانی و خدمات حمایتی وی همکاری خواهید نمود.</p> <p>آدرس محل سکونت:</p>	<p>تاریخ تولد:</p> <p>تلفن تماس:</p> <p>نام و امضاء ولی/سرپرست قانونی محترم دانش آموز:</p>	<p>کدملی / کد شناسه (اتباع خارجی):</p> <p>نام مدرسه یا پایگاه سنجش:</p>	<p>پایه:</p>
<p>شهرستان: شبکه / مرکز بهداشت: نام مرکز / پایگاه / خانه بهداشت:</p>			
<p>بیماری نیازمند مراقبت ویژه: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/> بیماری قلبی عروقی <input type="checkbox"/> آسم <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> آلرژی <input type="checkbox"/> هموفیلی <input type="checkbox"/> تالاسمی <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> کمبود <input type="checkbox"/> G6PD اختلال روانپزشکی <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نام بیماری):</p>			
<p>وضعیت واکسیناسیون از بدو تولد تا ۶ سالگی: <input type="checkbox"/> کامل <input type="checkbox"/> ناقص</p> <p>نوع و نوبت واکسن های ناقص:</p>			
<p>واکسن دوگانه (توام) بزرگسال (۱۶-۱۴ سالگی): <input type="checkbox"/> دریافت کرده است <input type="checkbox"/> دریافت نکرده است تاریخ تلقیح:</p>			
<p>مهر مرکز/پایگاه/خانه بهداشت:</p> <p>در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل:</p> <p>تاریخ:</p>			
<p>گزارش نهایی نتایج معاینات پزشک عمومی</p> <p>نوع مشکل / اختلال:</p> <p>مراقبت ویژه مورد نیاز:</p>			
<p>مبتلا به اختلال/بیماری <input type="checkbox"/> نمی باشد <input type="checkbox"/> می باشد</p> <p>نیاز به مراقبت ویژه <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد</p>			
<p>توصیه ها به خانواده:</p>			
<p>توصیه ها به اولیای مدرسه:</p>			
<p>توصیه های مربوطه به فعالیت ورزشی: <input type="checkbox"/> برای انجام فعالیت های ورزشی در حال حاضر هیچ گونه محدودیتی ندارد <input type="checkbox"/> برای انجام فعالیت های ورزشی محدودیت دارد</p> <p>علت محدودیت:</p> <p><input type="checkbox"/> معاف موقت: علت ..... مدت .....</p>			
<p>مهر و امضای پزشک:</p> <p>تاریخ:</p>			