|  |  |
| --- | --- |
| D:\My Pictures\Non Background.jpg | فرم خلاصه معاینات و ارزیابی وضعیت سلامت دانش آموزاندانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درمانی کرمانشهرستان: **..............................................**  مرکز خدمات سلامت جامعه: **.............................................** |
| **نام** .................................. **نام خانوادگي** ...................................... **نام پدر** ................................... |
| **تاريخ تولد** ….../ ......./ ........ | **كد ملي/ کد شناسه (اتباع خارجی)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بيماري نيازمند مراقبت ويژه: 🞎ندارد 🞎ديابت 🞎صرع 🞎 بيماري قلبي عروقي 🞎آسم 🞎سل 🞎آلرژي 🞎هموفيلي 🞎تالاسمي 🞎سرطان 🞎كمبودG6PD 🞎 اختلال روانپزشکی 🞎 ساير (با ذكر نام بيماري): ........................................ داروهای مصرفی(بیش از 3 ماه): ...........................................................** |
| **وضعیت واکسیناسیون از بدو تولد تا 6 سالگی: 🞎 كامل 🞎 ناقص، نوع و نوبت واكسن هاي ناقص ...................................................** **............................................................................ در صورت ناقص بودن، تاريخ تكميل: ...............................................................................................** |  تاریخ، مهر و امضای مسئولپایگاه سلامت جامعه/ خانه بهداشت |
| **واکسن دوگانه (توام) بزرگسال (16-14 سالگی): 🞎دریافت کرده است**  **🞎دریافت نکرده است، تاریخ تلقیح: .................................................** |
| گزارش نهایی نتايج معاينات پزشک عمومی**مبتلا به اختلال/ بيماري 🞎نمي باشد 🞎مي باشد نوع مشكل/ اختلال: ............................................................................................................ نياز به مراقبت ويژه 🞎 ندارد 🞎دارد مراقبت ويژه مورد نياز ................................................................................................................................................................................................................................................................................****الف/ توصيه ها به: خانواده: .........................................................................................................................................................................................................................................****اولیای مدرسه: ................................................................................................................................................................................................................................................................** **تاريخ، مهر و امضای پزشك****ب/ توصیه های مربوطه به فعاليت ورزشی:** **🞎 برای انجام فعالیت های ورزشی در حال حاضر هیچ گونه محدودیتی ندارد** **🞎 برای انجام فعایت های ورزشی محدودیت دارد. علت محدوديت .........................................................................................................****🞎 معاف موقت: علت .................................................................................................................... مدت ............................................................** |