

**جمهوري اسلامي ايران**

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي وزارت آموزش و پرورش

معاونت بهداشتي، دفتر سلامت جمعيت، خانواده و مدارس معاونت تربيت بدني و سلامت

پرونده سلامت مدرسه

 دانشگاه/ دانشكده علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .........................شبكه بهداشت و درمان/ مركز بهداشت شهرستان ....................................

مركز سلامت جامعه شهری/ روستايي:...................... مركز جامع خدمات سلامت شهری ......................... پايگاه سلامت جامعه ...................... خانه بهداشت ......................روستا ....................... آدرس و شماره تلفن پايگاه سلامت جامعه/ خانه بهداشت كه مدرسه تحت پوشش آن است: ..........................................................................................................................................................................

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

اداره كل آموزش و پرورش استان ............................................... منطقه/ ناحيه شهرستان ..............................................................

نام مجتمع آموزشي و پرورشي: .................................. نام مدرسه: ............................ كد/ شناسه مدرسه(آموزش و پرورش):.....................

مدرسه: 🞎دخترانه 🞎پسرانه 🞎 مختلط نوع مدرسه: 🞏 روزانه 🞏 شبانه 🞏 شبانه روزي

 دوره تحصيلي: 🞎دوره اول ابتدایی🞎دوره دوم ابتدايي 🞎دوره اول متوسطه🞎دوره دوم متوسطه

تلفن و نشاني مدرسه: ....................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

تاريخ تكميل پرونده: روز ...................... ماه ........................ سال ...........................

1/ مشخصات کلی مدرسه/هماهنگی و برنامه ریزی فعالیت ها

1/1- فرم ثبت اطلاعات عمومی و پایه مدرسه

|  |  |
| --- | --- |
| مشخصات اداری و ساختمانی  | **\* نام مدرسه: .............................................................................................................** کد/ شناسه مدرسه:  **............................................................................... 🞏** مدرسه مروج سلامت **\* 🞏 پسرانه**  **🞏 دخترانه**   **🞏 مختلط تعداد شيفت(نوبت تحصيل) در يك شبانه روز: .............................. \* مساحت مدرسه به متر مربع: .....................................** **\*دوره تحصیلی : 🞏 دوره اول ابتدایی 🞏 دوره دوم ابتدايي 🞏 دوره اول متوسطه 🞏 دوره دوم متوسطه** **\* تعداد كل دانش آموزان: ............................... \* تعداد دانش آموزان شيفت غالب مدرسه: .............................. \* تعداد دانش آموزان عشاير: ..........................****\* تعداد طبقات مدرسه با احتساب طبقه همكف: ................ 🞏زير زمين جزو فضاي آموزشي محسوب مي شود \* تعداد كل كلاس های درس: ...................... \*حداكثر تعداد دانش آموزان كلاس: .................** **\* نوع مدرسه: 🞏 روزانه 🞏 شبانه 🞏 شبانه روزي 🞏 استثنايي 🞏 عشايري 🞏هنرستان فني و حرفه اي 🞏 مجتمع آموزشي** **\* نوع ساختمان مدرسه: 🞏 نوساز 🞏 قديمی 🞏 مقاوم سازي در مقابل زلزله 🞏 چادر 🞏 كپر 🞏 خشت و گل 🞏 كانتينر 🞏 ساير (با ذكر نام): ......................................****\* نوع مالكيت مدرسه: 🞏 دولتی 🞏 استيجاري (دولتي) 🞏 غير انتفاعی 🞏 خير ساز 🞏 ساير(با ذكر نام) .........................................................................****\* سيستم حرارتي مدرسه: 🞏 بخاري گازي 🞏 بخاري نفتي 🞏 شوفاژ 🞏 ساير.................. 🞏ندارد \* سيستم برودتي مدرسه: 🞏كولر گازي 🞏 كولر آبي 🞏پنكه 🞏 ساير ................ 🞏 ندارد****\* سيستم گرمايي و برق مدرسه توسط متخصصان آتش نشاني و برق: 🞏 كنترل مي شود 🞏كنترل نمي شود** |
| تسهیلات بهداشتی مدرسه | **\* پايگاه تغذيه سالم: 🞏 دارد: ( 🞏 با مجوز 🞏 بدون مجوز ) 🞏 ندارد \* اتاق بهداشت: 🞏دارد با تجهيزات كامل 🞏 دارد با تجهيزات ناقص 🞏مشترك است 🞏 ندارد** **\* آيا خدمات سلامت روان و مشاوره ای در مدرسه طبق دستورالعمل اجرا می گردد؟ 🞏 بلی 🞏 خير****\* آيا خدمات پايگاه تغذيه سالم در مدرسه طبق دستورالعمل اجرا می گردد؟ 🞏 بلی 🞏 خير** **\* زمان متوسط فعاليت ورزشی دانش آموزان در مدرسه در روز (با احتساب زنگ ورزش و زنگ تفريح) چقدر است؟ 🞏 كم تر از نيم ساعت 🞏 نيم تا يك ساعت 🞏 بيش تر از يك ساعت**  **\* تشكل های بهداشتی سازمان يافته فعال در مدرسه: 🞏بهداشتياران 🞏پيشگامان سلامت 🞏 مروجين سلامت 🞏 سفيران سلامت ساير ....................................................**  |
| عوامل انسانی مدرسه  | **\* نام و نام خانوادگی مدير مدرسه: .......................................................... رشته و مدرك تحصیلی ........................................................... تلفن همراه: .....................................................** **\* مراقب سلامت: 🞏 ندارد**  **🞏 دارد: نام و نام خانوادگی: ............................................................................ رشته و مدرک تحصیلی ............................................................................................** **\* معلم رابط بهداشت: 🞏 ندارد**  **🞏 دارد: نام و نام خانوادگی: .......................................................................... رشته و مدرک تحصیلی .....................................................................................****\* مشاور: 🞏 ندارد**  **🞏 دارد: نام و نام خانوادگی: ...................................................... رشته و مدرک تحصیلی .......................................................................** **\* مربی ورزش: 🞏 ندارد**  **🞏 دارد: نام و نام خانوادگی: .............................................................. رشته و مدرک تحصیلی ...................................................................****\* مربی پرورشي: 🞏 ندارد**  **🞏 دارد: نام و نام خانوادگی: ...................................... .................................... رشته و مدرک تحصیلی ....................................................................** **\* خدمتگذار: 🞏 ندارد**  **🞏 دارد: نام و نام خانوادگی: ............................................................................. گواهی دوره بهداشت: 🞏 دارد 🞏 ندارد** |
| تیم سلامت مدرسه | **\* نام و نام خانوادگی پزشک مركز ذیربط مدرسه: ................................................................................................................................................................................................................................................****\* نام و نام خانوادگی کاردان/کارشناس بهداشت محیط مركز ذیربط مدرسه: ...............................................................................................................................................................................................** **\* نام و نام خانوادگی بهورز/مراقب سلامت، پايگاه سلامت جامعه/ خانه بهداشت ذیربط مدرسه: ..............................................................................................................................................................**  |

2/1- فرم ثبت اطلاعات جمعيتي دانش آموزان مدرسه ........................................ در سال تحصیلی .................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تبعیت** |  **دوره ، پايه** **تحصيلی** **جنس** |  **دوره اول ابتدایی** | **دوره دوم ابتدایی** | **دوره متوسطه اول**  | **دوره متوسطه دوم** | **كل** |
| **اول** | **دوم**  | **سوم**  | **چهارم** | **پنجم**  | **ششم**  | **هفتم**  | **هشتم**  | **نهم** | **دهم**  | **يازدهم**  | **دوازدهم**  |
| **ایرانی** | **دختر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پسر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **كل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **غیر ایرانی** | **دختر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پسر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **كل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع کل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

سال تحصیلی ......................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تبعیت** |  **دوره ، پايه** **تحصيلی** **جنس** |  **دوره اول ابتدایی** | **دوره دوم ابتدایی** | **دوره متوسطه اول**  | **دوره متوسطه دوم** | **كل** |
| **اول** | **دوم**  | **سوم**  | **چهارم** | **پنجم**  | **ششم**  | **هفتم**  | **هشتم**  | **نهم** | **دهم**  | **يازدهم**  | **دوازدهم**  |
| **ایرانی** | **دختر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پسر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **كل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **غیر ایرانی** | **دختر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پسر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **كل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع کل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

3/1- فرم ثبت فعاليت هاي کمیته ارتقای سلامت مدرسه ...................................... (هماهنگی و برنامه ریزی فعالیت ها) در سال تحصیلی ..............

**صورتجلسه کمیته ارتقای سلامت مدرسه**

**تاریخ جلسه: .................. ساعت جلسه: ........................ مسئول جلسه: ........................................................**

**الف– پیگیری مصوبات قبل /دستور جلسه**

**................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**ب- مصوبات جلسه:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **شرح مصوبه** | **مسئول پیگیری/ اجراکننده** | **زمان انجام** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ج- حاضرین در جلسه:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی** | **سمت** | **امضا** | **نام و نام خانوادگی** | **سمت** | **امضا** | **مهر و امضای مدیر مدرسه** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**4**

2/خدمات آموزشي و مروج سلامت

1/2- **فرم ثبت فعالیت های آموزش سلامت در مدرسه ...................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ آموزش** | **موضوع آموزش** | **گروه هدف** | **تعداد شرکت کننده** | **مدت آموزش به دقیقه** | **مداخلات و روش های آموزشی**  | **شیوه آموزش** | **وسایل کمک آموزش** | **رسانه های آموزشی (تعداد)** | **نتیجه پیش آزمون** | **نتیجه پس آزمون** | **نام و نام خانوادگی ، سمت و امضای مسئول برنامه** |
| **والدين** | **كاركنان** | **دانش آموزان** | **بسیج اطلاع رسانی** | **آموزش چهره به چهره/ مشاوره** | **آموزش گروهی** | **برپائی نمایشگاه** | **برگزاری مسابقه** | **سایر (با ذکر نام)** | **پوستر** | **پمفلت** | **فیلم/ سی دی** | **روز نامه دیواری** | **کتاب/كتابچه** | **پلاكارد/بنر** | **سایر(با ذكر نام)** |
| **کادر آموزشی** | **کادر پشتیبان\*** | **جلسه/ کلاس** | **کارگاه**  | **همایش** | **ورزشی** | **هنری** | **فرهنگی** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\* کادر پشتیبان: کادر خدمات، مسئول پایگاه تغذیه، رانندگان سرویس و ..........**

1/1/3- **فرم ثبت نتایج ارزیابی مقدماتی دانش آموزان مدرسه .................................... توسط بهورز/ مراقب سلامت**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | پایه تحصیلی | تاريخ انجام معاينات | جنس | تعداد تحت پوشش | تعداد معاينه شده | قد به سن( z-score) |  نمایه توده بدنی(BMI)( z-score)  | اختلال بینایی(کاهش دید) | اختلال شنوايي | اختلال گفتاری |  اوتیسم | پوست و مو | دهان و دندان(تعداد افراد داراي) |
| زير3-(کوتاه قدی شدید) | بالای 3+(بلند قدی شدید) | بين 2- و3-(کوتاه قدی) | زير 3-(لاغری شدید) | بين 2- و3-(لاغر) | **بين 1 و 2****(اضافه وزن)** | **بالاي 2****(چاق)** | دارد | مشکوک | دارد | مشکوک | پدیکلوزیس سر | گال | مشکوک | دندان پوسیده | لثه ملتهب | مشکوک | مجموعه دنداني سالم |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 2/1/3- **فرم ثبت نتایج ارزیابی مقدماتی دانش آموزان مدرسه .................................... توسط بهورز/ مراقب سلامت**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | پایه تحصیلی | ريـه | فشار خون | سلامت روان |  سلامت اجتماعی | رفتارهای پرخطر |
| احتمال ابتلا به آسم | احتمال ابتلا به سل | مساوی صدک 90 تا صدک 95 | صدك 95 یا بالاتر | **مشكل در حوزه سلامت روان** | **احتمال اورژانس روانپزشكي** | **احتمال ابتلا به صرع** | **احتمال تشخيص معلوليت ذهني** | کودک آزاری | شاهد خشونت خانگی | خانواده آسیب پذیر | بازمانده از تحصیل | خشونت خانگی(همسرآزاری) | طلاق/جدایی/فوت | تغذیه نامناسب | کم تحرکی |  در معرض خطر شروع مصرف مواد دخانی | مصرف مواد دخاني و در خطر بیماری های ناشی از آن | دارای اختلال مصرف مواد | اورژانس القا شده توسط مواد | تشخیص قبلی اختلال مصرف مواد تحت درمان | در معرض خطر سوء مصرف مواد | رفتار جنسی نا ایمن |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 3/1/3- **فرم ثبت نتایج ارزیابی مقدماتی دانش آموزان مدرسه .................................... توسط بهورز/ مراقب سلامت**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ردیف | پایه تحصیلی | ابتلا به بيماري هاي نيازمند مراقبت ويژه  | موارد ارجاعی (تعداد موارد) |
| ديابت | صرع | بيماري قلبي عروقي | آسم | سل | آلرژي | هموفيلي | تالاسمي | سرطان | كمبود G6PD | اختلال روانپزشکی | ساير(با ذكر نام) | ارجاع شده | دارای جواب | بدون جواب |
| .......... | .......... | .......... | .......... |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2/3- فرم ثبت و پیگیری موارد ارجاعي ارزيابي مقدماتي و پزشكي دانش آموزان **مدرسه .............................. توسط بهورز/ مراقب سلامت**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف**  | **نام و نام خانوادگی**  | **پایه تحصیلی** | **نوع اختلال** | **تاریخ ارجاع** | **تاريخ پيگيري** | **پیگیری و مراقبت های بهداشتی درمانی**  |
| **نتیجه ارجاع**  | **اقدامات به عمل آمده**  | **تاريخ پيگيري** **بعدي** | **خدمات حمایتی**  |
| **تاييد اختلال** | **رد اختلال**  | **بدون جواب**  | **درخواست آزمايش** | **درمان سرپايي** **(ذکر نوع درمان)** | **ارجاع تخصصي** | **آموزش/ توصيه/ مشاوره با**  | **سایر اقدامات** **(ذكر شود)** | **عینک** | **سمعک**  | **سایر****(با ذكر نام)** |
| **دانش آموز** | **اولیاي مدرسه** | **اولياي دانش آموز** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

4/معاینات غربالگري و مراقبت های پزشکی

1/1/4- فرم ثبت نتايج معاینات **پزشكی دانش آموزان**  **مدرسه ...................................... توسط پزشک عمومی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **پایه تحصیلي** | **تاريخ انجام معاينات** | **جنس** | **تعداد تحت پوشش**  | **تعداد معاینه شده**  | **قد به سن** | **نمایه توده بدنی (BMI)** | **زردی اسکلرا** | **بررسي مخاط** | **چشم**  | **گوش** | **تيروئيد** | **ریه** |
| **سل** | **آسم** |
| زير3-(کوتاه قدی شدید) | بالای 3+)بلند قدی شدید) | بين 2- و3-(کوتاه قدی) | زير 3-(لاغری شدید) | بين 2- و3-(لاغر) | **بين 1 و 2****(اضافه وزن)** | **بالاي 2****(چاق)** | رنگ پريدگي | **آنمی** | **کونژنکتیویت** | **اوتیت مديا** |  **اوتیت خارجي** | **گواتر** | **وجود مشكل** **بدون گواتر** | **ابتلا به سل** | **مشكوك به سل** | **ابتلا به آسم** | **احتمال ابتلا به آسم** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2/1/4- فرم ثبت نتايج معاینات **پزشكی دانش آموزان**  **مدرسه ...................................... توسط پزشک عمومی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **پایه تحصیلی** | **قلب و عروق** | **پوست و مو** | **اسكلتي عضلاني** | **سلامت روان** | **سلامت اجتماعي** | **شكم** |
|  **داراي بيماري** | **احتمال ابتلا به** **بيماري زودرس** | **پديكلوزيس (با ذکر نوع)** | **گال** | **كچلي سر** | **اسکولیوز** | **کیفوز** | **لوردوز** | **اختلال شکل قفسه سینه** | **اندام غیر طبیعی** | **اختلال اضطرابمنتشر/ پانيك/ اضطراب اجتماعي** | **وسواسي جبري** | **استرس پس از سانحه** | **پرخاشگري** | **افسردگي** | **سايكوز** | **دو قطبي** | **صرع** | **معلوليت ذهني** | **بيش فعالي- نقص توجه** | **اختلال رفتاري- سلوك** | **كودك آزاري** | **همسر آزاري** | **ارگانومگالي** | **توده شكمي** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

3/1/4- فرم ثبت نتايج معاینات **پزشكی دانش آموزان**  **مدرسه ...................................... توسط پزشک عمومی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **پایه تحصیلی** | **ادراری تناسلی**  | **روند بلوغ** | **فشار خون** | **رفتارهاي پر خطر** | **ساير****(با ذكر مورد)** | **نتیجه معاینات ( تعداد موارد )** |
| **عدم نزول بیضه در پسران** | **عفونت ادراری** | **زودرس** | **ديررس** | **پره هيپرتانسيون** | **هيپر تانسيون مرحله І** | **هيپر تانسيون مرحله ІІ** | **مصرف مواد دخاني** | **اختلالات مصرف مواد** | **STI** | **دارای اختلال** | **اقدامات اولیه**  | **نتیجه ارجاع**  |
| **مسموميت با مواد افيوني/ داروهاي مضعف CNS** | **مسموميت مواد محرك** | **محروميت از مواد افيوني** | **مصرف زيان بار** | **وابستگي به مواد** | **.....................** | **.....................** | **.....................** | **درخواست آزمايش** | **درمان سرپایی** | **ارجاع** | **تایید اختلال** | **رد اختلال** | **بدون جواب** | **تحت درمان** |
| **سرپایی**  | **بستری**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2/4- **فرم ثبت و پیگیری ارجاعات تخصصي دانش آموزان مدرسه ...................................... توسط پزشك عمومي**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف**  | **نام و نام خانوادگی** | **پایه تحصیلی** | **نوع اختلال** | **تاريخ ارجاع** | **تاريخ پيگيري** | **نتيجه ارجاع تخصصي** | **اقدامات به عمل آمده در ارجاع تخصصي** | **اقدامات بهداشتی و درمانی به عمل آمده پس از تایید بیماری** | **تاريخ پيگيري بعدي** | **شماره تلفن** **جهت پیگیری** |
| **بدون جواب** | **رد بيماري** | **تاييد بيماري** | **درمان سرپايي (با ذكر نام)** | **درخواست آزمايش، راديوگرافي** **و...** **( با ذكر نام)** | **بستری و مراقبت تخصصی** | **نیازمند جراحی** | **آموزش/ مشاوره**  | **خدمات حمایتی و توانبخشی** |
| **نوبت جراحی** | **جراحی شده** | **جراحی نشده** | **علت عدم جراحی** | **دانش آموز** | **اولیای مدرسه** | **اولیای دانش آموز** | **گفتاردرمانی** | **روان درمانی** | **فیزیوتراپی** | **تجویز عینک** | **تجویز سمعک** | **سایر اقدامات****(با ذكر نوع)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

5/خدمات بهداشتی، درمانی و مدیریت بیماری ها

1/5- فرم ثبت نتايج بررسی و مدیریت بیماری های واگیر **در مدرسه ...................................... سال تحصیلی .............**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **تعداد موارد تایید شده توسط پزشک** | **سه ماهه سوم (بهار)** | **سه ماهه دوم (زمستان)** | **سه ماهه اول (پاييز)** | **نام بيماری** |
| **بهار** | **زمستان** | **پاییز** | **ارجاع** | **مشكوك به بيماری/ اختلال** | **ارجاع** | **مشكوك به بيماری/ اختلال** | **ارجاع** | **مشكوك به بيماری/ اختلال** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **اسهال** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **زرد زخم** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **سرخك** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **پدیکولوز** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **هپاتیت** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **سل** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **بيماری های بثوري جلدی** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **مننژيت** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **...................** | **ساير بيماری ها** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **...................** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **...................** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **...................** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **جمع** |
| **نام و نام خانوادگی/ مهر و امضای مدیر مدرسه:** |

2/5- فرم ثبت و پيگيري وضعيت واکسیناسیون دانش آموزان

|  |  |
| --- | --- |
| **واكسيناسيون كودكان بدو ورود به دبستان**  | **واكسيناسيون توام دانش آموزان 16- 14 ساله**  |
|  **تعداد واكسيناسيون****تعداد کل** **دانش آموزان هدف** | **ناقص** **در زمان معاينات** | **كامل** **در زمان معاينات** | **تعداد موارد ناقصي كه کامل شده است** |  **تعداد واكسيناسيون****تعداد کل** **دانش آموزان هدف** | **ناقص****در زمان معاينات** | **كامل** **در زمان معاينات** | **تعداد موارد ناقصي كه کامل شده است** |
| **دختر**  |  |  |  |  | **دختر**  |  |  |  |  |
| **پسر**  |  |  |  |  | **پسر**  |  |  |  |  |
| **جمع**  |  |  |  |  | **جمع**  |  |  |  |  |

3/5- فرم ثبت و پیگیری موارد ابتلا به بيماري هاي واگير **در مدرسه ...................................... سال تحصیلی .............**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **ردیف**  | **تاریخ معاینه** | **نام و نام خانوادگی** | **كد ملي** | **پایه تحصیلی** | **نام بیماری**  | **اقدامات به عمل آمده پس از تایید بیماری** | **نتیجه پیگیری و مراقبت های بهداشتی درمانی به عمل آمده** | **شماره تلفن** **جهت پيگيري**  |
| **درمان سرپایی** | **درخواست آزمایش** | **ارجاع تخصصی** | **آموزش و مشاوره با** | **سایر (با ذکر نام)** |
| **دانش آموز**  | **اولياي مدرسه**  | **اولياي** **دانش آموز**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

4/5- فرم ثبت، پیگیری و مراقبت دانش آموزان نیازمند مراقبت ویژه**\* مدرسه .................................... در طول سال تحصیلی ...........**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف**  | **نام و نام خانوادگی**  | **كد ملي** | **پایه تحصیلی** | **نوع اختلال**  | **نام دارو/ داروهاي مصرفي** | **آموزش و مشاوره با** | **سير پیگیری و مراقبت های بهداشتی درمانی به عمل آمده** | **شماره تلفن** **جهت پيگيري**  |
| **دانش آموز**  | **اولياي مدرسه**  | **اولياي دانش آموز** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نام و نام خانوادگی/ مهر و امضای مدیر مدرسه:** |

**\* دانش آموز نيازمند مراقبت ويژه، دانش آموزی است كه پزشك يكی از اختلالات (ديابت، صرع، آسم، آلرژي، بيماري هاي قلبي عروقي، بيماري هاي ژنتيك و مادرزادي: هموفيلی، تالاسمی، كمبود G6PD و...... ، سرطان و ............ را براي وي تائيد نموده است.**

5/5- فرم ثبت و پیگیری موارد سوانح و حوادث در مدرسه **.................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ مراجعه/ اعلام/ پیگیری**  | **نام و نام خانوادگی** | **كد ملي** | **پایه تحصیلی** | **محل حادثه** | **شرح حادثه**\* | **نتیجه حادثه** | **اقدامات به عمل آمده**  | **نام و نام خانوادگی/ مهر و امضای مسئول** **پيگيري كننده (مدیر مدرسه)** |
| **نوع حادثه** | **نوع آسیب**  |  **غيبت بيش از دو هفته**  |  **نقص عضو**  |  **فو ت** | **درمان سرپایی** | **انجام اقدامات اولیه** **بهداشتی و ارجاع فوری** | **نتیجه ارجاع** | **سایر اقدامات** **(با ذکر مورد)** |
| **روز** | **ماه** | **سال** | **افتادن يا ليز خوردن از سطوح غير بلند1** | **ضربه با شي 2** | **سقوط از بلندی3** | **تصادفات نقليه 4** | **سوختگی ها 5** | **آسيب های سرمايی 6** |  **زخم ها و جراحات 7** | **آسيب های عمدی 8** | **بستري** | **تحت درمان** |
|  |  |  |  |  |  | **داخل مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بين خانه و مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **داخل مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بين خانه و مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **داخل مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بين خانه و مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **داخل مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بين خانه و مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **داخل مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بين خانه و مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **داخل مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بين خانه و مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **داخل مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بين خانه و مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **داخل مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بين خانه و مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **داخل مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بين خانه و مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **داخل مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بين خانه و مدرسه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\***1 ، 2 ، 3 ، 4 ، 5 ، 6 ، 7 ، 8 جهت راهنمایی بیشتر به راهنماي تکمیل پرونده سلامت مدرسه مراجعه شود.**

6/5- فرم بررسی و گزارش موارد فوت مدرسه ................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | منطقه/ ناحيه/ شهرستان | نام و نام خانوادگي | پایه تحصیلی | سن | علت فوت | تاريخ فوت | توضيحات | **نام و نام خانوادگی/ مهر و امضای مدیر مدرسه** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگي/ امضاء تكميل كننده فرم: ............................................................. تاريخ تكميل: ................................**

6/خدمات بهداشت محیط و ایمنی مدرسه

1/6- فرم پیگیری اجراي اقدامات مورد نیاز در جهت ارتقای ایمنی و بهسازی محیط مدرسه

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاريخ بازدید** | نوبت بازدید | **نواقص بحراني اعلام شده (رديف نواقص)** | **نواقص غير بحراني اعلام شده (رديف نواقص)** | تاریخ پیگیری | نتیجه پیگیری | **نام و نام خانوادگی،****سمت و امضاء پیگیری كننده** |
| **نواقص بحراني اصلاح شده (رديف نواقص)** | **نواقص غیر بحراني اصلاح شده (رديف نواقص)** | اقدامات انجام شده |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |