

## شناسنامه سلامت دانشجو

دانشجوی گرامی:

در راستای اجرای طرح تحول سلامت، برنامه ریزی جهت انجام مراقبت‌های بهداشتی و معاینات پزشکی شما عزیزان توسط معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی صورت گرفته است این گواهی در صورت داشتن مهر پزشک مرکز خدمات جامع سلامت محل سکونت دانشجو دارای اعتبار است و یکی از مدارک ثبت نام قطعی دانشجو محسوب می‌گردد. بنابراین حفظ و نگهداری آن تا زمان ارائه به اداره پذیرش و ثبت نام مورد توجه قرار گیرد.

نکات قابل توجه:

- ویزیت پزشک در مرکز خدمات جامع سلامت براساس بسته خدمتی سلامت جوانان و نوجوانان بصورت رایگان صورت می‌گیرد.
- بندهای (الف ب-ج-د) توسط دانشجو / طلبه و بند (ه) توسط مراقبین سلامت پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت و بندهای (و-ز) توسط پزشک مرکز تکمیل می‌گردد.

الف: مشخصات فردی			
نام و نام خانوادگی:			
جنس	مونث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/>	وضعیت تاهل:	مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>
رشته قبولی در دانشگاه:	تلفن:	ثابت	همراه
ب: سابقه بیماری در خانواده			
۱. دیابت	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۶. سرطان	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
۲. بیماری (عروق کرونر/زودرس)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۷. سل	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
۳. سکتة مغزی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۸. هپاتیت	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
۴. چربی خون بالا	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۹. سنگ کلیه	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
۵. فشارخون بالا	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۱۰. ایدز	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
۱۱. تشنج و صرع			
۱۲. اختلالات روانپزشکی			
۱۳. بیماری‌های ارثی			
۱۴. بیماری‌های تیروئید (گواتر، پرکاری و کم کاری)			
۱۵. pcod (کیست تخمدانی)			
ج: سابقه بیماری دانشجو (در مورد سابقه ابتلا به هر یک از موارد زیر در داخل مربع علامت * بنویسید)			
۱. بیماری عفونی	منتزیت <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> ایدز <input type="checkbox"/> هپاتیت (زردی) <input type="checkbox"/> تب روماتیسمی <input type="checkbox"/> تب مالت <input type="checkbox"/>		
۲. اختلالات خون	کم خونی تایید شده توسط آزمایش خون <input type="checkbox"/> حساسیت به باقلا (فاویسم) <input type="checkbox"/> تالاسمی <input type="checkbox"/> هموفیلی <input type="checkbox"/>		
۳. گوش، حلق و بینی	کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> سینوزیت مزمن <input type="checkbox"/> حساسیت فصلی <input type="checkbox"/> خونریزی مکرر از بینی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>		
۴. گوارش	زخم معده <input type="checkbox"/> یبوست مزمن <input type="checkbox"/> اسهال مزمن <input type="checkbox"/> سندرم روده تحریک پذیر <input type="checkbox"/>		
۵. ریه	آسم <input type="checkbox"/> آلرژی تنفسی <input type="checkbox"/> عفونت ریه <input type="checkbox"/> سرفه طولانی <input type="checkbox"/>		
۶. قلب	بیماری‌های درجه ای قلب <input type="checkbox"/> فشارخون بالا <input type="checkbox"/> آریتمی ها <input type="checkbox"/> بیماری‌های مادرزادی قلب <input type="checkbox"/>		
۷. غدد و متابولیسم	دیابت <input type="checkbox"/> پرکاری تیروئید <input type="checkbox"/> کم کاری تیروئید <input type="checkbox"/> چربی خون بالا <input type="checkbox"/> کیست تخمدان <input type="checkbox"/>		
۸. اسکلتی عضلانی	درد کمر <input type="checkbox"/> دردهای مفصلی <input type="checkbox"/> دفرمیتی اندام ها <input type="checkbox"/>		
۹. کلیه و مجاری ادراری	سنگ کلیه یا مثانه <input type="checkbox"/> ترشح غیر طبیعی از مجرای ادراری <input type="checkbox"/> پیلونفریت مزمن <input type="checkbox"/> عفونت ادراری <input type="checkbox"/>		
۱۰. مغز و اعصاب	میگرن <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> سرگیجه دوره ای <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/>		

# آموزشگاه فنی و حرفه‌ای پسران دورود

<input type="checkbox"/> اختلالات روانپزشکی <input type="checkbox"/> وسواس اجباری <input type="checkbox"/> اختلال تیک <input type="checkbox"/> اختلال افسردگی اساسی <input type="checkbox"/> دوقطبی <input type="checkbox"/> اضطرابی <input type="checkbox"/> سایکو تیک	۱۱. اختلالات روانپزشکی
<input type="checkbox"/> حساسیت به پنی سیلین <input type="checkbox"/> سایر	۱۲. دارو
<b>د: شیوه زندگی (با راهنمایی از مراقب/بهورز)</b>	
بندرت / هرگز <input type="checkbox"/> کمتر از ۲ سهم <input type="checkbox"/> ۲ تا ۳ سهم یا بیشتر <input type="checkbox"/>	۱. مصرف میوه روزانه چقدر است؟
بندرت / هرگز <input type="checkbox"/> کمتر از ۲ سهم <input type="checkbox"/> ۲ تا ۳ سهم یا بیشتر <input type="checkbox"/>	۲. مصرف سبزی روزانه شما چقدر است؟
بدون فعالیت بدنی هدفمند <input type="checkbox"/> کمتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته <input type="checkbox"/> ۱۵۰ دقیقه و بیشتر <input type="checkbox"/>	۴. چه میزان فعالیت بدنی در هفته دارد؟ (حداقل فعالیت بدنی معادل با ۳۰ دقیقه با تواتر ۵ بار در هفته)
بندرت / هرگز <input type="checkbox"/> کمتر از ۲ سهم <input type="checkbox"/> ۲ تا ۳ سهم یا بیشتر <input type="checkbox"/>	۵. واحد مصرفی شیر و لبنیات روزانه چقدر است؟
<input type="checkbox"/> همیشه <input type="checkbox"/> بندرت / هرگز <input type="checkbox"/> گاهی <input type="checkbox"/>	۶. آیا از نمکدان سر سفره استفاده می کنید؟
<input type="checkbox"/> فقط روغن نیمه جامد، جامد یا حیوانی <input type="checkbox"/> تلفیقی از انواع روغنهای مایع و نیمه جامد <input type="checkbox"/> فقط گیاهی مایع <input type="checkbox"/>	۷. از چه نوع روغن بیشتر مصرف می کنید؟
<b>ه: تن سنجی</b>	
نمایه توده بدنی (BMI)	وزن (کیلوگرم)
کمتر از ۱۸,۵	قد (متر)
۱۸,۵-۲۴,۹	۳۰ و بالاتر
۲۵-۲۹,۹	
<b>و: نقص عضو</b>	
<input type="checkbox"/> یک چشم <input type="checkbox"/> هر دو چشم <input type="checkbox"/>	چشم
<input type="checkbox"/> یک گوش <input type="checkbox"/> هر دو گوش <input type="checkbox"/>	گوش
<input type="checkbox"/> یک دست <input type="checkbox"/> هر دو دست <input type="checkbox"/> یک انگشت غیر از انگشت شست <input type="checkbox"/> یک یا ۳ انگشت غیر از انگشت شست در یک دست <input type="checkbox"/>	دست
<input type="checkbox"/> یک پا <input type="checkbox"/> هر دو پا <input type="checkbox"/> یک پا نداشته باشد ولی با پای مصنوعی قادر به راه رفتن باشد <input type="checkbox"/> هر دو پا نداشته باشد ولی با پای مصنوعی قادر به راه رفتن باشد <input type="checkbox"/>	پا
<b>ز: اظهار نظر پزشک عمومی</b>	
<input type="checkbox"/> تحت درمان <input type="checkbox"/> نیاز به پیگیری دارد <input type="checkbox"/>	وضعیت دانشجوی سابقه بیماری
<input type="checkbox"/> مشکوک به بیماری <input type="checkbox"/> سالم <input type="checkbox"/>	نتیجه ویریت فعلی پزشک مرکز
ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نیاز به ارجاع به ..... می باشد	نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی
ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نتیجه پیگیری .....	
ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نتیجه آزمایش .....	نیاز به آزمایشات تکمیلی
.....	توصیه های پزشک عمومی
بدون محدودیت <input type="checkbox"/> دارای محدودیت <input type="checkbox"/> معاف موقت <input type="checkbox"/> علت ..... مدت .....	فعالیت ورزشی

تاریخ ..... مهر و امضاء پزشک مرکز خدمات جامع سلامت