|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی** | | | | | | | **اطلاعات کلی** | | | |
| **فرم مراقبت دانشجویان** | | | | | | | **کدملی:** | |  | |
|  | | | | | | | **تاریخ تشکیل پرونده:** | |  | |
|  | | | | | | | **کد فرد:** | |  | |
| **الف) مشخصات فردی** | | | | | | | | | | |
| **این قسمت توسط جوان تکمیل شود:** | | | | |  | | | | | |
| **1-نام و نام خانوادگی: ............** | | | | | **9- محل اقامت فعلی: خوابگاه 🞎 خانه دانشجویی 🞎 منزل 🞎 سایر 🞎** | | | | | |
| **2-جنس: مونث 🞎 مذکر 🞎** | | | | |
| **3- دانشجو: بلی 🞎 خیر🞎** | | | | | **10- تحت پوشش بیمه: بلی 🞎 خیر 🞎** | | | | | |
| **4- محل تولد: ................** | | | | | **11- سطح تحصیلات: بیسواد🞎 ابتدایی 🞎 دبیرستان 🞎دیپلم 🞎 لیسانس 🞎بالاتر از لیسانس 🞎** | | | | | |
| **5- تایخ تولد: ...............** | | | | |
| **6- وضعیت تاهل: مجرد 🞎 متاهل 🞎 طلاق گرفته 🞎 متارکه 🞎**  **همسر فوت شده 🞎** | | | | | **12- وضعیت اشتغال : شاغل 🞎 بیکار🞎**  **خانه دار 🞎 محصل 🞎دانشجو 🞎از کار افتاده 🞎** | | | | | **گروه خونی: .....** |
| **7-در صورت تأهل تعداد فرزندان: ................** | | | | | **13- تلفن ثابت: .......................... همراه: ................** | | | | | |
| **8- با چه کسانی زندگی می­کنید؟ والدین 🞎 یکی از والدین 🞎**  **خواهر و برادر🞎 همسر 🞎 بستگان 🞎 سایر 🞎** | | | | | **14- آدرس ایمیل: ........................** | | | | | |
| **آدرس محل سکونت: ........................** | | | | |  | | | | | |
| **ب) سابقه بیماری در خانواده (منظورپدر و مادر، خواهر و برادر شما می­باشد) (توسط دانشجو تکمیل شود:)** | | | | | | | | | | | |
| **1-دیابت** | | **بلی🞎 خیر 🞎 نمی داند🞎** | | **6-سرطان** | **بلی🞎 خیر 🞎 نمی داند🞎** | | **11-اختلالات روانپزشکی** | | **بلی🞎 خیر 🞎 نمی داند🞎** | | |
| **2-سکته قلبی در کمتر از 55 سالگی** | | **بلی🞎 خیر 🞎 نمی داند🞎** | | **7- سل** | **بلی🞎 خیر 🞎 نمی داند🞎** | | **12-در صورتی سؤال 8 مثبت است، لطفاً نوع آن را مشخص فرمایید: .........** | | | | |
| **3-سکته مغزی** | | **بلی🞎 خیر 🞎 نمی داند🞎** | | **8- هپاتیت** | **بلی🞎 خیر 🞎 نمی داند🞎** | | **13-بیماریهای تیروئید**  **(گواتر، پرکار و کم کاری)** | | **بلی🞎 خیر 🞎 نمی داند🞎** | | |
| **4- چربی خون بالا** | | **بلی🞎 خیر 🞎 نمی داند🞎** | | **9- ایدز** | **بلی🞎 خیر 🞎 نمی داند🞎** | | **14-سابقه مصرف مواد دخانی**  **بلی🞎 خیر 🞎 نمی داند🞎** | | **15- سابقه مصرف الکل**  **بلی🞎 خیر 🞎 نمی داند🞎** | | |
| **5-فشار خون بالا** | | **بلی🞎 خیر 🞎 نمی داند🞎** | | **10- اگر جواب سؤال 6 مثبت است لطفاً نوع آن را شرح دهید:**  **.........................** | | | **16- سابقه مصرف سایر مواد:**  **بلی🞎 خیر 🞎 نمی داند🞎** | | **سایر (توضیح دهید:)** | | |
| **ج) سابقه بیمای در فرد (توسط دانشجو تکمیل شود: )** | | | | | | | | | | |
| **1-دارو** | | **حساسیت به: پنی سیلین 🞎 آسپیرین🞎 سایر: 🞎 توضیح داده شود: .......** | | | | | | | | |
| **2- بیماری عفونی** | | **سل 🞎 ایدز🞎 هپاتیت (زردی) 🞎 مالاریا 🞎 سایر: توضیح داده شود.** | | | | | | | | |
| **3- اختلالات خون** | | **کم خونی تأیید شده توسط آزمایش خون 🞎 تالاسمی مینور 🞎 تالاسمی ماژور 🞎 هموفیلی 🞎 سایر موارد 🞎** | | | | | | | | |
| **4- گوش، حلق و بینی** | | **کاهش شنوایی 🞎 سینوزیت مزمن 🞎 حساسیت فصلی 🞎 سایر 🞎** | | | | | | | | |
| **5- بیماری قلبی عروقی** | | **فشار خون بالا 🞎** آریتمی ها **🞎 بیماری های مادر زادی قلب 🞎** | | | | | | | | |
| **6- غدد و متابولیسم** | | **چربی خون بالا 🞎 دیابت 🞎 پرکاری تیروئید 🞎 کم کاری تیروئید🞎** | | | | | | | | |
| **7- کلیه و مجاری ادراری** | | **پیلونفریت مزمن 🞎 عفونت ادراری 🞎** | | | | | | | | |
| **8- مغز و اعصاب** | | **صرع 🞎** | | | | | | | | |
| **9- اختلالات روانپزشکی تأیید شده** | | **اختلال دوقطبی 🞎 اختلال اضطرابی 🞎 اختلال سایکوتیک 🞎 قصد یا اقدام به خودکشی 🞎 افسردگی 🞎** پرخاشگری**🞎** | | | | | | | | |
| **10- تناسلی** | | **عفونت­های منتقله جنسی : سوزاک 🞎 سفلیس 🞎 تب خال تناسلی 🞎 زخم و زگیل تناسلی 🞎** | | | | | | | | |
| **11- زنان** | | **واژینیت 🞎 میوم 🞎 تومورهای تخمدان 🞎 کیست تخمدان 🞎 توده یا ترشح غیرطبیعی پستان 🞎** | | | | | | | | |
| **12- سابقه مصرف** | | **سیگار 🞎 قلیان 🞎 سایر موارد 🞎 : توضیح دهید: .....................................** | | | | | | | | |
| **13- نقص عضو** | | **بلی 🞎 خیر 🞎 توضیح دهید:** | | | | | | | | |
| **14- سوابق بیمارستانی** | | **1-سابقه عمل جراحی: بلی 🞎 خیر 🞎 علت: .............................**  **1-سابقه بستری شدن: بلی 🞎 خیر 🞎 علت: .............................**  **1-سابقه تزریق خون: بلی 🞎 خیر 🞎 علت: .............................** | | | | | | | | |
| **15- موارد دیگر** | | **.............................................................** | | | | | | | | |
| **پ) غربالگری اولیه سلامت روان: (توسط دانشجو تکمیل شود)** | | | | | | | | | | |
| **چقدر در 30 روز گذشته احساس می­کردید، مضطرب و عصبی هستید؟**  **1-همیشه 🞎 2- بیشتر اوقات 🞎 3- گاهی اوقات 🞎 4- بندرت 🞎 5- اصلاً 🞎**  **چقدر در 30 روز گذشته احساس ناامیدی می کردید؟**  **1-همیشه 🞎 2- بیشتر اوقات 🞎 3- گاهی اوقات 🞎 4- بندرت 🞎 5- اصلاً 🞎**  **چقدر در 30 روز گذشته احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟**  **1-همیشه 🞎 2- بیشتر اوقات 🞎 3- گاهی اوقات 🞎 4- بندرت 🞎 5- اصلاً 🞎**  **چقدر در 30 روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟**  **1-همیشه 🞎 2- بیشتر اوقات 🞎 3- گاهی اوقات 🞎 4- بندرت 🞎 5- اصلاً 🞎**  **چقدر در 30 روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟**  **1-همیشه 🞎 2- بیشتر اوقات 🞎 3- گاهی اوقات 🞎 4- بندرت 🞎 5- اصلاً 🞎**  **چقدر در 30 روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟**  **1-همیشه 🞎 2- بیشتر اوقات 🞎 3- گاهی اوقات 🞎 4- بندرت 🞎 5- اصلاً 🞎** | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ت) غربالگری اولیه سوء مصرف مواد (توسط دانشجو)** | | | | | |
| **پرسش 1- در طول عمر خود کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده­اید؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)** | **بله** | **خیر** | **پرسش 3-درصورت پاسخ مثبت به هریک: در سه ماه اخیر چطو ر؟** | **بله** | **خیر** |
| **الف- انواع تنباکو، سیگار، قلیان، khs و غیره** |  |  |  |  |
| **ب- داروهای مسکن اپیوئیدی ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات و غیره** |  |  |  |  |
| **ج- داروهای آرامبخش یا خواب آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباربیتال، غیره** |  |  |  |  |
| **د- نوشیدنی های الکلی (آبجو، شراب، عرق، غیره** |  |  |  |  |
| **پرسش 2-مواد دیگر چطور؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)** |  |  |  |  |
| **الف-مواد افیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره** |  |  |  |  |
| **ب-حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره** |  |  |  |  |
| **ج-محرک­های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره** |  |  |  |  |
| **د-سایر-مشخص کنید:** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ث) غربالگری رفتارهای تغذیه­ای: (توسط دانشجو)** | | | | | | |
| **1-مصرف میوه روزانه چقدراست؟** | **بندرت/ هرگز** | **🞎** | **کمتر از 2سهم** | **🞎** | **2تا4سهم یا بیشتر** | **🞎** |
| **2-مصرف سبزی روزانه شما چقدراست؟** | **بندرت/ هرگز** | **🞎** | **کمتر از 3سهم** | **🞎** | **3 تا 5سهم** | **🞎** |
| **3-به چه میزان فعالیت بدنی در هفته دارد؟ (حداقل فعالیت بدنی معادل به 30 دقیقه با تواتر 5 بار در هفته)** | **بدون فعالیت بدنی هدفمند** | **🞎** | **کمتراز150دقیقه در هفته** | **🞎** | **150دقیقه در هفته و بیشتر** | **🞎** |
| **4-مصرف فست فود و یا نوشابه­های گازدار چگونه است؟** | **هفته­ای دوبار یا بیشتر** | **🞎** | **ماهی یکی دوبار** | **🞎** | **بندرت/ هرگز** | **🞎** |
| **4-واحد مصرفی شیر و لبنیات روزانه چقدر است؟** | **بندرت/ هرگز** | **🞎** | **کمتر از 2سهم** | **🞎** | **2سهم یا بیشتر** | **🞎** |
| **آیا از نمکدان سر سفره استفاده می کند؟** | **همیشه** | **🞎** | **گاهی** | **🞎** | **بندرت/ هرگز** | **🞎** |
| **از چه نوع روغنی بیشتر مصرف میکنید؟** | **فقط روغن نیمه جامد، جامد یا حیوانی** | **🞎** | **تلفیقی از انواع روغن­های مایع و نیمه جامد** | **🞎** | **فقط گیاهی مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی** | **🞎** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ج) ارزیابی اولیه (غیرپزشک) توسط مراقب سلامت تکمیل شود)** | | | | | | | | | | | | | |
| **عضو** | | | | | **اختلال دارد** | **اختلال ندارد** | **مشکوک** | **ارجاع** | **نتیجه ارجاع** | | | **توضیحات** | **پی گیری** |
| **اختلال** | **بیماری** | **مشکوک** |
| **قلب و عروق (فشار خون بالا)** | | | **سیستول** | **دیاستول** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **وزن** | **قد** | **نمایه توده بدنی** | **کمتر از 5/18** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9/24-5/18** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9/29-25** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **9/34-30** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **9/39-35** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **بیشتر از 40** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **دهان و دندان** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ریه** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **شکم** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ارزیابی از نظر رفتارهای مخاطره آمیز** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **چ)واکسیناسیون (توسط مراقب سلامت تکمیل شود.)** | | |
| **واکسیناسیون فرد کامل است** | **بلی 🞎** | **خیر 🞎** |
| **واکسیناسیون فرد ناقص است** | **بلی 🞎** | **خیر 🞎** |
| **در صورتیکه واکسیناسیون فرد ناقص است آیا پیگیری یک ماه بعد به منظور تکمیل واکسیناسیون انجام شده است؟** | **بلی 🞎** | **خیر 🞎** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **خ) معاینات فیزیکی (پزشک)** | | | | | |
| **این قسمت توسط پزشک تکمیل شود.** | | | | | |
| **معاینه وضعیت عمومی** | **چشم** | **سالم است🞎 وجود یافته غیرطبیعی در معاینه 🞎 نوع یافته** ................................... | | | |
| **گوش** | **سالم است🞎 وجود یافته غیرطبیعی در معاینه 🞎 نوع یافته** ................................... | | | |
| **بینی** | **سالم است🞎 وجود یافته غیرطبیعی در معاینه 🞎 نوع یافته** ................................... | | | |
| **حلق** | **سالم است🞎 وجود یافته غیرطبیعی در معاینه 🞎 نوع یافته** ................................... | | | |
| **گردن** | **سالم است🞎 وجود یافته غیرطبیعی در معاینه 🞎 نوع یافته** ................................... | | | |
| **قلب وعروق** | **سالم است🞎 وجود یافته غیرطبیعی در معاینه 🞎 نوع یافته** ................................... | | | |
| **ریه** | **سالم است🞎 وجود یافته غیرطبیعی در معاینه 🞎 نوع یافته** ................................... | | | |
| **شکم** | **سالم است🞎 وجود یافته غیرطبیعی در معاینه 🞎 نوع یافته** ................................... | | | |
| **اندام ها** | **سالم است🞎 وجود یافته غیرطبیعی در معاینه 🞎 نوع یافته** ................................... | | | |
| **مغز و اعصاب** | **سالم است🞎 وجود یافته غیرطبیعی در معاینه 🞎 نوع یافته** ................................... | | | |
| **پوست و مو** | **سالم است🞎 وجود یافته غیرطبیعی در معاینه 🞎 نوع یافته** ................................... | | | |
| **تناسلی ادراری** | **سالم است🞎 وجود یافته غیرطبیعی در معاینه 🞎 نوع یافته** ................................... | | | |
| **ستون مهره ها** | **سالم است🞎 وجود یافته غیرطبیعی در معاینه 🞎 نوع یافته** ................................... | | | |
| **مفاصل** | **سالم است🞎 وجود یافته غیرطبیعی در معاینه 🞎 نوع یافته** ................................... | | | |
| **روان** | **سالم است🞎 وجود یافته غیرطبیعی در معاینه 🞎 نوع یافته** ................................... | | | |
| **سایر موارد** |  | | | |
| **توضیح درباره یافته­های غیرطبیعی در معاینه** .......................................... | | | | |
| **این قسمت توسط مراقب سلامت تکمیل شود.** | | | | | |
| **دهان و دندان** | **دندان پوسیده دارد 🞎** | | | **وضعیت لثه** | **خونریزی از لثه دارد 🞎** |
| **دندان درد دارد 🞎** | | | **نیاز به ارجاع فوری به دندانپزشک دارد 🞎** | |
| **د) اظهار نظر پزشک عمومی** | | | | | | | |
| **این قسمت توسط پزشک تکمیل شود:** | | | | | | | |
| **جوان** | | | | **سالم است 🞎 مبتلا به بیماری / اختلال** .................................... **می باشد.** | | | |
| **نیاز به معاینات تکمیلی تخصصی** | | | | **ندارد 🞎 دارد 🞎 معاینات تکمیلی تخصصی** ..................................... | | | |
| **نیاز به پیگیری** | | | | **ندارد 🞎 دارد 🞎 نتیجه پیگیری** ..................................... | | | |
| **نیاز به آزمایشات تکمیلی** | | | | **ندارد 🞎 دارد 🞎 نتیجه آزمایشات تکمیلی** ..................................... | | | |
| **نیاز به ارجاع** | | | | **ندارد 🞎 دارد 🞎 نتیجه ارجاع** ..................................... | | | |
| **توصیه های پزشک عمومی** | | | | ............................................................. | | | |
| **تاریخ:** ........................... **مهر و امضاء پزشک:** | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ذ) اظهار نظر پزشک متخصص** | |
| **این جوان** | **سالم است 🞎 مبتلا به بیماری / اختلال** .................................... **می باشد.** |
| **توصیه­های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم** | .............................................................................................................. |
| **تاریخ:** ............................. **مهر و امضاء پزشک متخصص/ فوق تخصص:** | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **پیگیری اطلاعات و توصیه ها** | | | | | |
| **تاریخ معاینه** | **نوع اختلال/ بیماری** | **تاریخ ارجاع** | **محل ارجاع** | **نتیجه ارجاع** | **توصیه ها** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |