



جمهوری اسلامی ایران

شناسنامه

سلامت دانش آموز

وزارت آموزش و پرورش
دفتر سلامت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشتی
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

به نام خدا

محل الصاق عکس

دانش آموز

ولی/سرپرست قانونی محترم دانش آموز، خانم/آقای نام: نام خانوادگی:

مطابق با اصول سوم، بیست و نهم و چهل و سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، تامین سلامت آحاد جامعه به عنوان یک ضرورت مورد توجه و تاکید قرار گرفته است. برای دست یابی به این اصول وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به طور مشترک شناسنامه سلامت دانش آموز را با هدف مراقبت و ارتقاء سطح سلامتی دانش آموز از طریق انجام:

- تست های غربالگری
- معاینات پزشکی و دندانپزشکی
- بیماریابی، ارجاع و پیگیری اختلالات/بیماری های یافت شده در معاینات و انجام مداخلات درمانی و حمایتی توسط نظام بهداشت و درمان کشور در قالب قوانین و ضوابط موجود، طراحی و اجرا نموده است که تمامی اطلاعات مندرج در این شناسنامه محرمانه تلقی شده و دسترسی به آن فقط با رعایت ضوابط قانونی میسر است. لذا تقاضا می گردد با عنایت به اهداف مذکور فرم زیر را امضاء و در اختیار آموزشگاه قرار دهید.

اینجانب از اقداماتی که برای شناسایی اختلالات/بیماری های احتمالی فرزندم و بررسی های دوره ای که بر اساس این شناسنامه صورت می گیرد، مطلع هستم و به آن رضایت می دهم و در صورت نیاز جهت پیگیری فعالیت درمانی و خدمات حمایتی وی همکاری کامل خواهم نمود و نتیجه ارجاعات را به مدرسه اطلاع می دهم.

امضاء و اثر انگشت ولی/سرپرست قانونی دانش آموز

محل الصاق برجسب

مدرسه ابتدایی : ناحیه / منطقه

بدین وسیله گواهی می شود تمامی مراحل ارزیابی و معاینه دانش آموز فرزند در پایگاه سنجش شماره و

مرکز بهداشتی درمانی صورت پذیرفت و نتایج به شرح زیر اعلام می گردد:

1. ثبت نام دانش آموز در سال تحصیلی بلامانع می باشد.

2. دانش آموز نیاز به مراقبت های .. بینایی .. شنوایی .. آموزشی .. درمانی دارد.

3. توضیحات

مهر و امضای مسئول پایگاه سنجش

مهر و امضای مسئول مرکز بهداشتی درمانی

مدرسه راهنمایی: ناحیه / منطقه

بدین وسیله گواهی می شود معاینه دانش آموز در مرکز بهداشتی درمانی در پایه اول راهنمایی صورت پذیرفت و ثبت نام

دانش آموز در سال تحصیلی بلامانع می باشد.

مهر و امضای مسئول مرکز بهداشتی درمانی

مدرسه متوسطه: ناحیه / منطقه

بدین وسیله گواهی می شود معاینه دانش آموز در مرکز بهداشتی درمانی در پایه اول راهنمایی صورت پذیرفت و ثبت نام

دانش آموز در سال تحصیلی بلامانع می باشد.

مهر و امضای مسئول مرکز بهداشتی درمانی

توجه: از یابنده تقاضا می گردد این دفترچه را به آموزشگاه یا اداره آموزش و پرورش منطقه تحویل، یا ارسال نمایند.

خلاصه وضعیت سلامت و عوامل موثر بر سلامت دانش آموز

<p style="text-align: center;">اجتماعی</p> <p style="text-align: center;">(۱)</p> <p>بیکاری سرپرست خانواده بیسوادی: پدر، مادر ترك تحصیل: خواهر، برادر فوت والد/والدین زندگی با افرادی غیر از والدین عدم پوشش بیمه ملیت غیر ایرانی</p>	<p style="text-align: center;">شیوه زندگی</p> <p style="text-align: center;">(۲)</p> <p>فعالیت فیزیکی کم دانش آموز چاقی دانش آموز لاغری دانش آموز استعمال دخانیات: والدین دانش آموز</p>	<p style="text-align: center;">سلامت/ناخوشی</p> <p style="text-align: center;">(۳)</p> <p>بیماری جسمی/مغولیت: والدین دانش آموز اختلال رفتاری: والدین، دانش آموز بیماری ژنتیک: والدین، دانش آموز</p>
--	--	--

اول ابتدایی

اقدامات:

مداخله مشاور مدرسه، ویزیت پزشک
متخصص، مراقبت ویژه پزشکی
توجه و پی گیری منظم مراقب سلامت، مدیر
و ناظم، پی گیری منظم مرکز بهداشتی
درمانی منطقه، مداخله مشاور تغذیه

جدول مراقبت ویژه						
نام داروی مصرفی	آلرژی	بیماری های ژنتیک و مادرزادی	اسم	بیماری های قلبی عروقی	صرع	دیابت

نام و نام خانوادگی/ مهر و امضاء تکمیل کننده فرم:

<p style="text-align: center;">اجتماعی</p> <p style="text-align: center;">(۱)</p> <p>بیکاری سرپرست خانواده بیسوادی: پدر، مادر ترك تحصیل: خواهر، برادر فوت والد/والدین زندگی با افرادی غیر از والدین عدم پوشش بیمه ملیت غیر ایرانی</p>	<p style="text-align: center;">شیوه زندگی</p> <p style="text-align: center;">(۲)</p> <p>فعالیت فیزیکی کم دانش آموز چاقی دانش آموز لاغری دانش آموز استعمال دخانیات: والدین دانش آموز</p>	<p style="text-align: center;">سلامت/ناخوشی</p> <p style="text-align: center;">(۳)</p> <p>بیماری جسمی/مغولیت: والدین دانش آموز اختلال رفتاری: والدین، دانش آموز بیماری ژنتیک: والدین، دانش آموز</p>
--	--	--

اول راهنمایی

اقدامات:

مداخله مشاور مدرسه، ویزیت پزشک
متخصص، مراقبت ویژه پزشکی
توجه و پی گیری منظم مراقب سلامت، مدیر
و ناظم، پی گیری منظم مرکز بهداشتی
درمانی منطقه، مداخله مشاور تغذیه

جدول مراقبت ویژه						
نام داروی مصرفی	آلرژی	بیماری های ژنتیک و مادرزادی	اسم	بیماری های قلبی عروقی	صرع	دیابت

نام و نام خانوادگی/ مهر و امضاء تکمیل کننده فرم:

<p style="text-align: center;">اجتماعی</p> <p style="text-align: center;">(۱)</p> <p>بیکاری سرپرست خانواده بیسوادی: پدر، مادر ترك تحصیل: خواهر، برادر فوت والد/والدین زندگی با افرادی غیر از والدین عدم پوشش بیمه ملیت غیر ایرانی</p>	<p style="text-align: center;">شیوه زندگی</p> <p style="text-align: center;">(۲)</p> <p>فعالیت فیزیکی کم دانش آموز چاقی دانش آموز لاغری دانش آموز استعمال دخانیات: والدین دانش آموز</p>	<p style="text-align: center;">سلامت/ناخوشی</p> <p style="text-align: center;">(۳)</p> <p>بیماری جسمی/مغولیت: والدین دانش آموز اختلال رفتاری: والدین، دانش آموز بیماری ژنتیک: والدین، دانش آموز</p>
--	--	--

اول متوسطه

اقدامات:

مداخله مشاور مدرسه، ویزیت پزشک
متخصص، مراقبت ویژه پزشکی
توجه و پی گیری منظم مراقب سلامت، مدیر
و ناظم، پی گیری منظم مرکز بهداشتی
درمانی منطقه، مداخله مشاور تغذیه

جدول مراقبت ویژه						
نام داروی مصرفی	آلرژی	بیماری های ژنتیک و مادرزادی	اسم	بیماری های قلبی عروقی	صرع	دیابت

نام و نام خانوادگی/ مهر و امضاء تکمیل کننده فرم:

* لازم به ذکر است که این جداول توسط مراقبین مدارس و یا کاردانات مراکز بهداشتی درمانی و بهورزان تکمیل خواهد شد و نیازمند پی گیری از سوی مراجع نربط مدرسه می باشد.

اطلاعات عمومی دانش آموز

مشخصات فردی

نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی پدر:	نام و نام خانوادگی مادر:	کد ملی:
نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی پدر:	نام و نام خانوادگی مادر:	کد ملی:
تاریخ تولد: 13...../...../.....	نام و نام خانوادگی پدر:	نام و نام خانوادگی مادر:	کد ملی:
سابقه آموزش قبل از دبستان:	دارد	ندارد	
وضعیت بیمه پایه:	تامین اجتماعی	خدمات درمانی	نیروهای مسلح
	کمیتہ امداد	روستائیان	سایر
بیمه تکمیلی:	دارد	ندارد	
وضعیت زبان:	یک زبانہ	دو زبانہ	دست غالب: راست
			چپ
			دین: اسلام
			سایر

مشخصات خانواده

1- پدر:			
سال تولد:	میزان تحصیلات:	بی سواد	ابتدایی یا نهضت سوادآموزی
متوسطه یا حوزوی	فوق دیپلم	لیسانس و بالاتر	راهنمایی
شغل:	شاغل در بخش خصوصی	شاغل در بخش دولتی	دارای کار آزاد (خویش فرما)
	مقرری بگیر (مستمری بگیر)	بازنشسته	بیکار
در قید حیات:	هست	نیست	
2- مادر:			
سال تولد:	میزان تحصیلات:	بی سواد	ابتدایی یا نهضت سوادآموزی
متوسطه یا حوزوی	فوق دیپلم	لیسانس و بالاتر	راهنمایی
شغل:	شاغل در بخش خصوصی	شاغل در بخش دولتی	دارای کار آزاد (خویش فرما)
	مقرری بگیر (مستمری بگیر)	بازنشسته	خانه دار
در قید حیات:	هست	نیست	
3- آیا بین والدین نسبت خویشاوندی وجود دارد؟			
	خیر	بلی	4- درجه خویشاوندی: 1 ... 2 ... 3 ...
5- وضعیت عمومی خانواده: زندگی با پدر و مادر ... زندگی با مادر ... زندگی با پدر ... زندگی با سایر افراد (ذکر شود)			

* 1- خاله زاده، دایی زاده، عمه زاده، عموزاده 2- نوه خاله، نوه عمو و 3- سایر

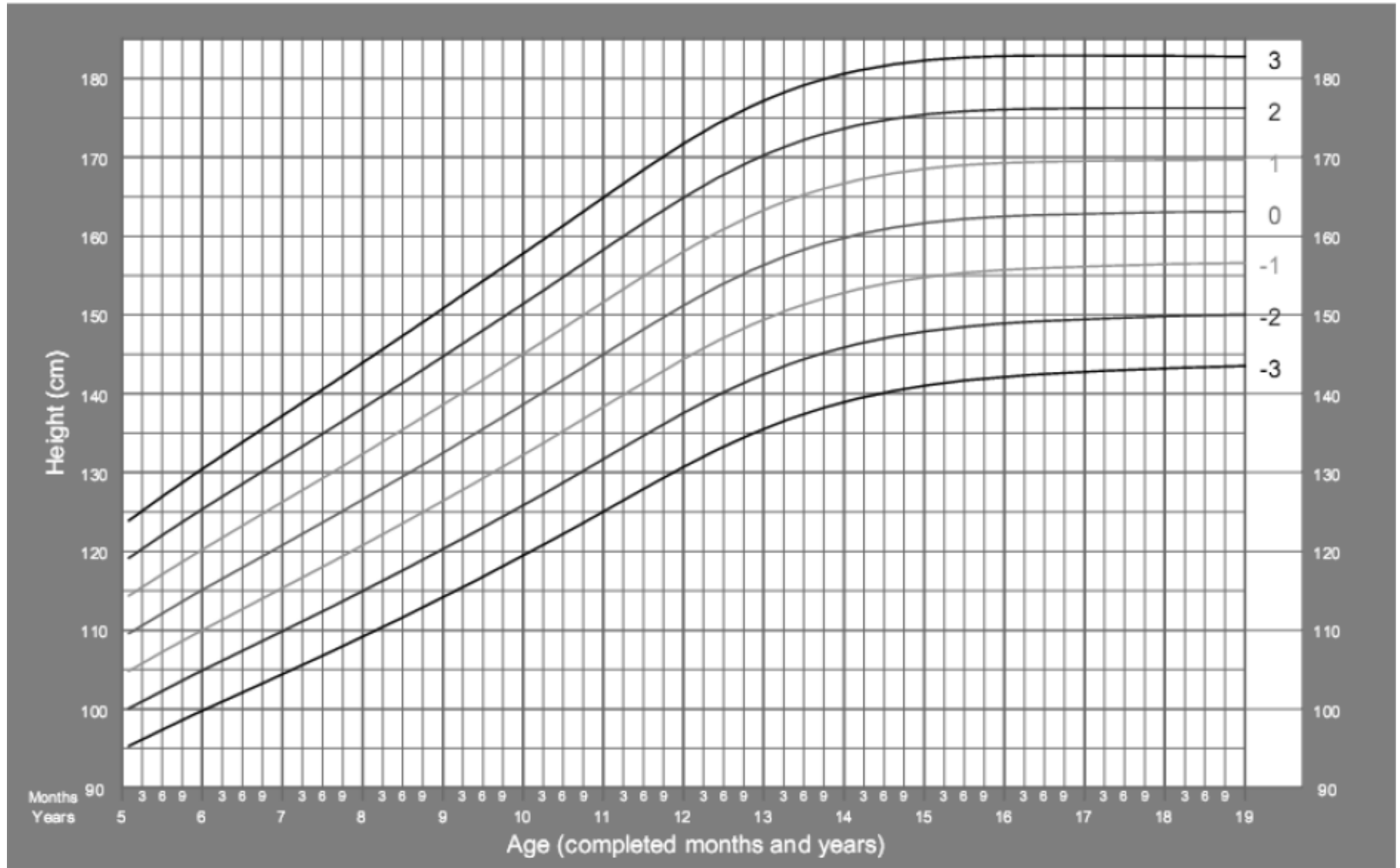
بررسی سوابق بهداشتی دانش آموز (وضعیت ایمن سازی تا 6 سالگی)

نام و نام خانوادگی مراقب سلامت/ بهورز امضاء	ایمن سازی: نوع واکسن های ناقص: نوبت: در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل:	6 سالگی (اول ابتدایی)
	کامل ... ناقص ... نزده	

نام و آدرس مرکز بهداشتی درمانی که مدرسه تحت پوشش آن قرار دارد:	
شماره پرونده خانوار:	نام و آدرس مرکز بهداشتی درمانی خانوار:

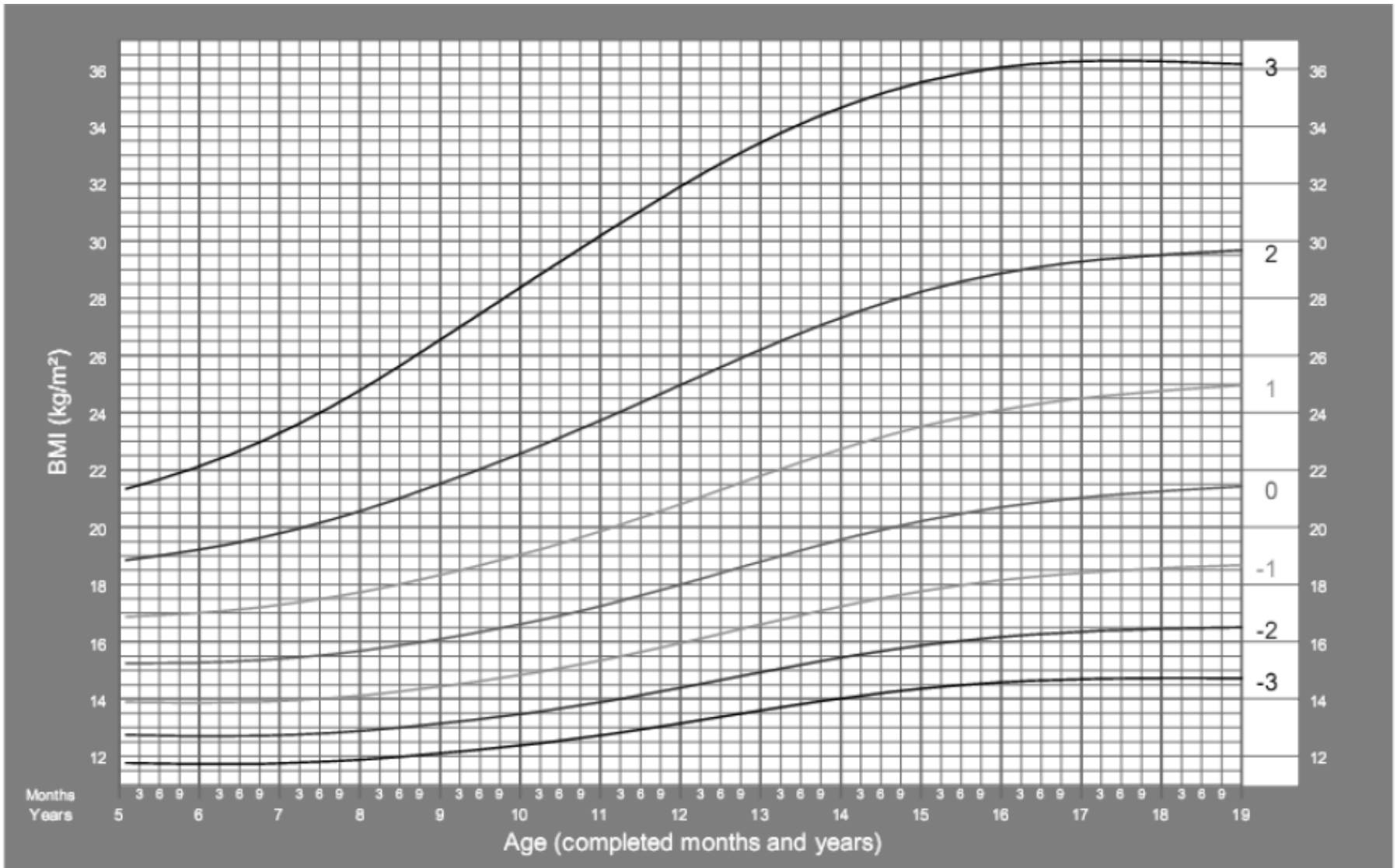
آدرس دقیق محل سکونت: استان	شهر
شماره تلفن ضروری:	روستا

قد به سن - دختران (5 - 19 سال)



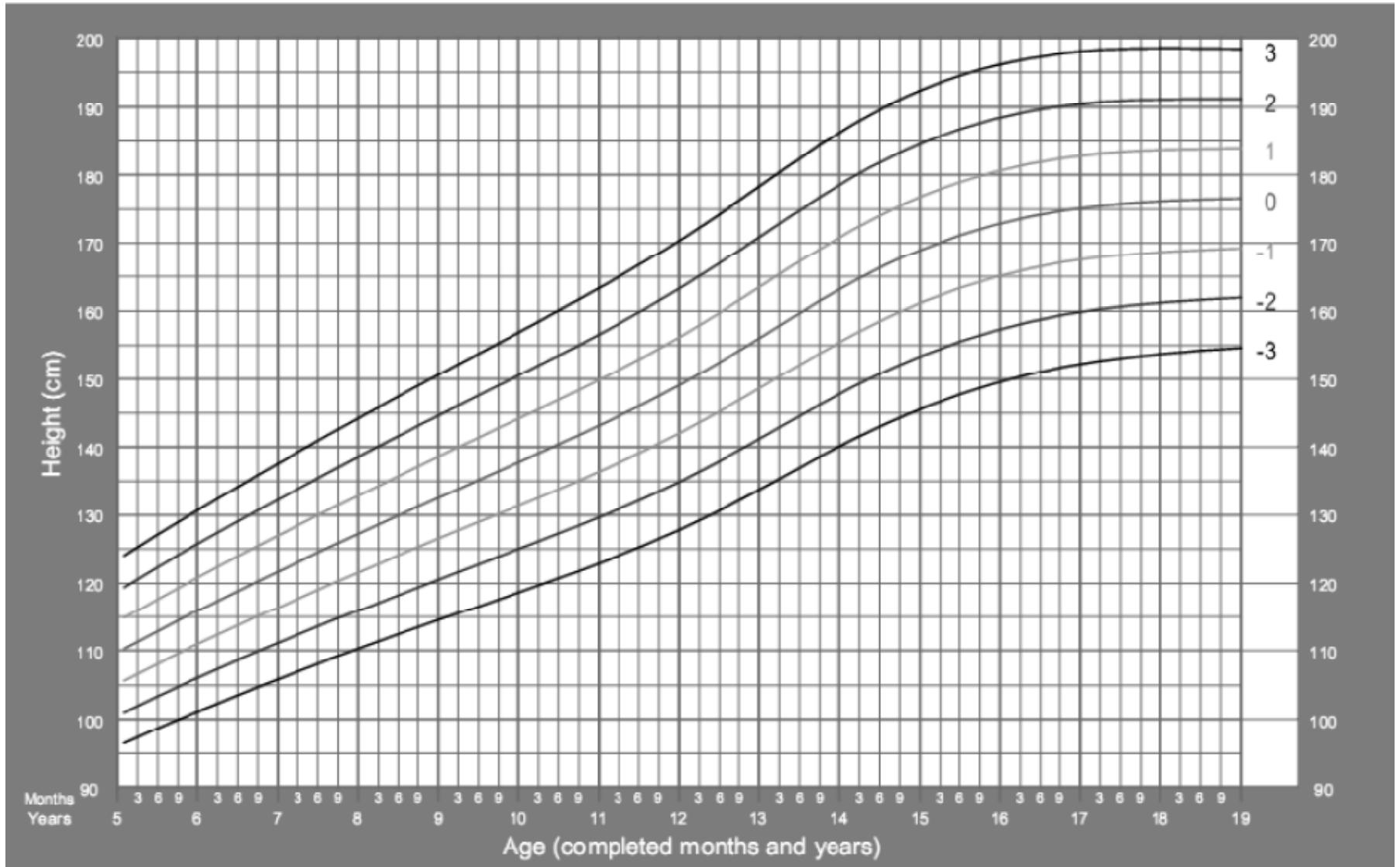
2007 WHO Reference

نمایه توده بدنی - دختران (5-19 سال)



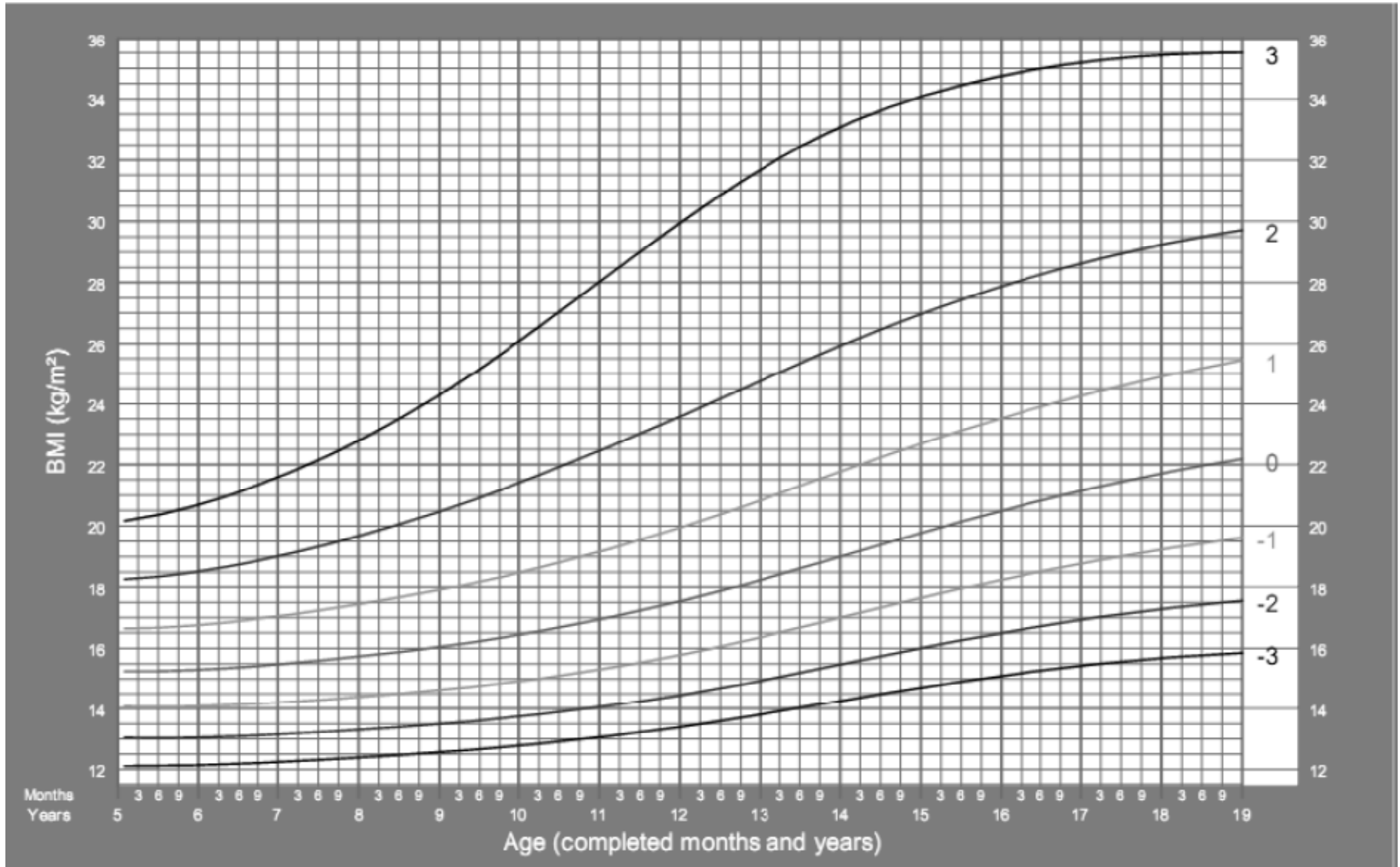
2007 WHO Reference

قد به سن - پسران (5 - 19 سال)



2007 WHO Reference

نمایه توده بدنی - پسران (5-19 سال)



2007 WHO Reference

جدول ثبت نتایج پایش رشد

اول متوسطه	اول راهنمایی	ابتدایی						عنوان
		ششم	پنجم	چهارم	سوم	دوم	اول	
								سن (ماه / سال)
								وزن به کیلوگرم
								قد به سانتی متر
								* BMI

* قد (متر) × قد (متر) / وزن (کیلوگرم) = نمایه توده بدنی (BMI)

بین 2 z-score - و 1 z-score	بالای 3 z-score	بین 2 z-score و 3z-score	بین 1 z-score و 2z-score	بین 2 z-score - و 3 z-score	زیر - 3z-score	Z score پایه و دوره	
						اول	ابتدایی
						دوم	ابتدایی
						سوم	
						چهارم	
						پنجم	
						ششم	
						اول	راهنمایی
						اول	متوسطه

بین 2 z-score - و +3 z-score	بین 2 z-score - و - 3 z-score	بالای +3z-score	زیر - 3z-score	Z score پایه و دوره	
				اول	ابتدایی
				دوم	ابتدایی
				سوم	
				چهارم	
				پنجم	
				ششم	
				اول	راهنمایی
				اول	متوسطه

عنوان	قد
کوتاه قدی شدید	زیر 3 z-score
کوتاه قدی	بین 2 z-score - و -3z-score
خیلی بلند قد	بالای 3 z-score

BMI	عنوان
زیر 3 z-score	لاغری شدید
بین 2 z-score - و -3z-score	لاغر
1 z-score و 2 z-score	خطر اضافه وزن
بین 2 z-score و 3 z-score	اضافه وزن
بالای 3 z-score	چاق

ارزیابی مقدماتی

تاریخ پیگیری	اقدامات مورد نیاز					یافته ارزیابی		نوع ارزیابی
	توصیه	نتجه ارجاع		نیاز به ارجاع				
		تایید اختلال	سالم	ندارد	دارد			
							زیر -3 z-score	قد به سن
							بالای +3 z-score	
							بین -3 z-score و -2 z-score	
							بین -2 z-score و +3 z-score	
							زیر -3 z-score	نمایه توده بدنی
							بین -3 z-score و -2 z-score	
							بین 1 z-score و 2 z-score	
							بین 2 z-score و 3 z-score	
							بالای 3 z-score	
							بین -2 z-score و 1 z-score	
						/	دارد	اختلال بینایی
							ندارد	
						/	دارد	چشم راست
							ندارد	
							دارد	دید رنگ
							ندارد	
							دارد	اختلال شنوایی
							ندارد	
							دارد	
							ندارد	
							دارد	اختلال پوست و مو
							ندارد	
							دارد	
							ندارد	
							پدیکولوز	اختلال پوست و مو
							سر	
							سایر	
							ندارد	
							تعداد دندان پوسیده	وضعیت دهان و دندان
							تعداد دندان کشیده	
							تعداد دندان پر شده	
							لثه متورم	
							دندان 6 ⁺	
							سایر اختلالات با ذکر نام	
							مشکوک به آسم	اختلال ریوی
							مشکوک به سل	
							مبتلا به سل	
							ندارد	

تاریخ پیگیری	اقدامات مورد نیاز					یافته ارزیابی		نوع ارزیابی
	توصیه	نتجه ارجاع		نیاز به ارجاع		ندارد	دارد	
		تایید اختلال	سالم	ندارد	دارد			
							مشکوک به اختلال شدید	اختلال روانپزشکی
							مشکوک به سایر اختلالات	
							ندارد	
							دارد	اختلال گفتاری
							ندارد	
							تغذیه نامناسب	رفتارهای پرخطر
							تماس با مواد دخانی	
							کم تحرکی	
							ندارد	
							دارد	آمادگی تحصیلی
							ندارد	
							بالای صدک 90	فشار خون
							طبیعی	
امضا:		سمت:			نام و نام خانوادگی معاینه کننده:			

* در صورت رویش دندان 6 دانش آموز ارجاع گردد .

ارزیابی وضعیت پزشکی

سابقه بیماری / عادت در خانواده *

اختلالات عضوی ناتوان کننده	اختلالات روانپزشکی	بیماری ها یا عوامل خطر ژنتیک و مادرزادی	بیماری قلبی عروقی زیر 50 سال	اختلال چربی های خون	استعمال مواد دخانی	پرفشاری خون	دیابت	نوع بیماری / عادت
								افراد خانواده
								پدر
								مادر
								خواهر، برادر

* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد

جدول مراقبت ویژه

مقطع تحصیلی	دیابت	سرع	بیماری های قلبی عروقی	آسم	بیماری های ژنتیک و مادرزادی	آلرژی	نام داروی مصرفی (بیشتر از 3 ماه)
اول ابتدایی							

* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد

اقدام بعدی		درمان			پیگیری	درخواست آزمایش	درمان	اقدام	
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود				یافته ارزیابی	نوع ارزیابی
								زیر 3 z-score	قد به سن
								بالای 3 z-score	
								بین 2 z-score و 3 z-score	
								بین 2 z-score و 3 z-score	
								زیر 3 z-score	نمایه توده بدنی BMI
								بین 2 z-score و 3 z-score	
								بین 1 z-score و 2 z-score	
								بین 2 z-score و 3 z-score	
								بالای 3 z-score	
								بین 2 z-score و 1 z-score	
								زردی اسکلرا	بررسی مخاط
								طبیعی	
								رنگ پریده	چشم راست
								سالم	
								اختلال بینایی	
								کوئز نکتیویت	
								سالم	چشم چپ
								اختلال بینایی	
								کوئز نکتیویت	
								سالم	
								سالم	کوش راست
								اختلال شنوایی	
								اوتیت مدیا	
								اوتیت خارجی	
								سالم	کوش چپ
								اختلال شنوایی	
								اوتیت مدیا	
								اوتیت خارجی	
								گواتر دارد	بررسی تیروئید
								وجود مشکل بدون گواتر	
								سالم	ریه
								آسم	
								سل	
								طبیعی	قلب و عروق
								در خطر ابتلا به بیماری زودرس	
								بیماری دارد	
								بیماری دارد	جلدی
								سالم	
								بیمار	

اقدام بعدی		نتیجه پیگیری			پیگیری	درخواست آزمایش	درمان	اقدام	
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود				یافته ارزیابی	نوع ارزیابی
								سالم	ستون فقرات قفسه سینه و اندام ها
								اسکولیوز	
								کیفوز	
								لوردوز	
								سالم	
								اختلال شکل دارد	
								سالم	قفسه سینه
								غیر طبیعی	
								ندارد	اندام ها
								دارد (کد مربوطه)	
								ندارد	اختلال روانپزشکی
								دارد (کد مربوطه)	
								سالم	شکم
								توده شکمی	
								ارگانومگالی	
								طبیعی	ادراری تناسلی
								عفونت ادراری	
								عدم نزول بیضه (در پسران)	
								طبیعی	روند بلوغ (دختران)
								زودرس	
								سالم	اختلال ژنتیک و مادرزادی
								عامل خطر دارد	
								بیماری دارد	
								طبیعی	فشار خون:
								پره هیپرتانسیون	
								هیپرتانسیون مرحله I	
								هیپرتانسیون مرحله II	
									سایر با ذکر مورد

ارزیابی نهایی پزشک عمومی از دانش آموز در پایه اول ابتدایی

دانش آموز مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد/ نمی باشد	نوع بیماری / اختلال
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد	دارد	نیاز به ارجاع دارد.
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد	دارد	مراقبت ویژه مورد نیاز دارد.
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:			
توصیه های پزشک عمومی:			
فعالیت ورزشی:			
بدون محدودیت	دارای محدودیت	علت محدودیت
معاف موقت	علت	مدت
تاریخ مهر و امضای پزشک			

نتایج معاینات پزشک عمومی (در دوره ابتدایی)

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد/ نمی باشد
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد	دارد	نیاز به ارجاع دارد.
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد	دارد	مراقبت ویژه مورد نیاز دارد.
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:			
توصیه های پزشک عمومی:			
فعالیت ورزشی:	بدون محدودیت	دارای محدودیت	علت محدودیت
معاف موقت	علت	مدت
تاریخ مهر و امضای پزشک			

نتایج معاینات پزشک متخصص / فوق تخصص (در دوره ابتدایی)

از دانش آموز در پایه معاینه به عمل آمد و " سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم
.....
.....
تاریخ

مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص

از دانش آموز در پایه معاینه به عمل آمد و " سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم
.....
.....
تاریخ

مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص

از دانش آموز در پایه معاینه به عمل آمد و " سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم
.....
.....
تاریخ

مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص

از دانش آموز در پایه معاینه به عمل آمد و " سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم
.....
.....
تاریخ

مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص

از دانش آموز در پایه معاینه به عمل آمد و " سالم است مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم
.....
.....
تاریخ

مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص

نتایج ارزیابی دندانپزشکی و سلامت دهان و دندان دانش آموز

اختلالات/ بیماری هایی که از نظر دندانپزشک مهم است:

** اختلالات خونی ** دیابت ** سل ** مشکلات کبدی ** مشکلات قلبی عروقی
 ** آسم ** مشکلات کلیوی ** صرع ** هیپاتیت ویروسی B و C ** اختلالات تیروئید
 ** سابقه مصرف دارو ** مصرف فعلی دارو ** حساسیت دارویی ** سایر موارد

ثبت خدمات دندانپزشکی مورد نیاز (توسط دندانپزشک/بهداشت کار دهان و دندان تکمیل گردد)

نوع ارزیابی	ترمیم	کشیدن	پالپوتومی	فیشور سیلانت	جرم گیری و بروساز	فلورایدتراپی	سایر	تاریخ، مهر و امضای دندانپزشک/بهداشتکار
اول								
دوم								
سوم								
چهارم								
پنجم								
ششم								

راهنمای دندانپزشک/بهداشت کار دهان و دندان

به منظور یکسان سازی ورود داده ها و استخراج صحیح آمار و اطلاعات، نوع خدمات ارائه شده به شرح ذیل ثبت گردد:
نوع خدمت: معاینه و آموزش/ ترمیم/ فلورایدتراپی/ فیشورسیلانت/ PRR/ کشیدن/ جرم گیری و بروساز/ درمان ریشه و
 نمونه ای از ثبت خدمت: ترمیم دو سطحی دندان E ، درمان ریشه دندان 6

شرح خدمات دندانپزشکی انجام شده (در دوره ابتدایی)

نام و نام خانوادگی ارائه دهنده خدمت	سمت، نام و نام خانوادگی	نام مرکز ارائه دهنده خدمت		پایه تحصیلی	تاریخ
		نوع خدمت ارائه شده	خصوصی مرکز بهداشتی درمانی/ پایگاه		

ارزیابی ساختار قامتی و آمادگی جسمانی در مقطع ابتدایی

ناهنجاری									نوع ارزیابی
شست کج	کف پای صاف	زانو		کمر کود	پشت			شانه نا متقارن	
		پرانتری	ضربدري		صاف	گرد	کج		
									اول
									دوم
									سوم
									چهارم
									پنجم
									ششم

اگر ناهنجاری ندارد با (صفر) و در صورت وجود ناهنجاری متوسط با (1) و شدید با (2) مشخص شود.

ارزیابی ترکیب بدنی (ضخامت چربی)

پشت بازو	ساق پا	جمع (ضخامت دو موضع)	درصد چربی

ارزیابی آمادگی جسمانی مرتبط با سلامت*

ششم ابتدایی	پنجم ابتدایی	چهارم ابتدایی	سوم ابتدایی	دوم ابتدایی	اول ابتدایی	مقطع		قابلیت
						آزمون		
						پیمودن	300 متر	آمادگی قلبی عروقی
						نپیمودن		
						دویدن راه رفتن		
						دویدن راه رفتن		
						دویدن راه رفتن	540 متر	استقامت و قدرت عضلانی
						شای سوئدی		
						بارفیکس اصلاح شده		
						دراز و نشست		انعطاف پذیری
						نشستن و خم شدن به جلو		

* در ارزیابی آمادگی جسمانی مرتبط با سلامت باید درصد چربی هم در نظر گرفته شود.

توصیه های لازم با اقدامات ارجاعی:

.....

.....

.....

.....

نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده:

سمت:

امضاء:

مقطع راهنمایی

محل ثبت تغییرات ایجاد شده در مشخصات فردی، مشخصات خانواده

نام خانوادگی:	نام آموزشگاه محل تحصیل:
پدر: در قید حیات	مادر: در قید حیات
نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار:	وضعیت بیمه پایه: تامین اجتماعی
خدمات درمانی	نیروهای مسلح
کمیتہ امداد	روستائیان
سایر	بیمه تکمیلی:
دارد	ندارد

* تنها در صورتی که پدر دانش آموز در قید حیات نباشد مشخصات سرپرست خانوار نوشته شود.

نام و آدرس مرکز بهداشتی درمانی که مدرسه تحت پوشش آن قرار دارد:
شماره پرونده خانوار: نام و آدرس مرکز بهداشتی درمانی خانوار:

آدرس دقیق محل سکونت: استان: شهر: روستا:
شماره تلفن ضروری:

ارزیابی مقدماتی

تاریخ پیگیری	اقدامات مورد نیاز				یافته ارزیابی		نوع ارزیابی
	توصیه	نتجه ارجاع		نیاز به ارجاع			
		تایید اختلال	سالم	ندارد	دارد		
						زیر z-score -3	قد به سن
						بالای z-score +3	
						بین z-score -2 و z-score -3	
						بین z-score -2 و z-score +3	
						زیر z-score -3	نمایه توده بدنی
						بین z-score -2 و z-score -3	
						بین z-score 1 و z-score 2	
						بین z-score 2 و z-score 3	
						بالای z-score 3	
						بین z-score -2 و z-score 1	
					/	دارد	اختلال بینایی
						ندارد	
					/	دارد	چشم راست
						ندارد	
						دارد	اختلال شنوایی
						ندارد	
						دارد	
						ندارد	
						دارد	اختلال پوست و مو
						ندارد	
						دارد	
						ندارد	
						دارد	پدیکولوز سر
						ندارد	
						دارد	سایر
						ندارد	
						تعداد دندان پوسیده	وضعیت دهان و دندان
						تعداد دندان کشیده	
						تعداد دندان پر شده	
						لثه متورم	
						دندان 6*	
						سایر اختلالات با ذکر نام	
						مشکوک به آسم	اختلال ریوی
						مشکوک به سل	
						ابتلا به سل	
						ندارد	
						مشکوک به اختلال شدید	اختلال روانپزشکی
						مشکوک به سایر اختلالات	
						ندارد	

تاریخ پیگیری	اقدامات مورد نیاز					یافته ارزیابی		نوع ارزیابی
	توصیه	نتجه ارجاع		نیاز به ارجاع				
		تایید اختلال	سالم	ندارد	دارد			
							خشونت	رفتارهای پرخطر
							تغذیه نامناسب	
							تماس با مواد دخانی	
							مصرف مواد دخانی	
							سوء مصرف مواد	
							کم تحرکی	
							ندارد	
							بالای صدک 90	فشار خون
							طبیعی	
امضا:		سمت:			نام و نام خانوادگی معاینه کننده:			

ارزیابی وضعیت پزشکی

سابقه بیماری / عادت در خانواده *

اختلالات عضوی ناتوان کننده	اختلالات روانپزشکی	بیماری ها یا عوامل خطر ژنتیک و مادرزادی	بیماری قلبی عروقی زیر 50 سال	اختلال چربی های خون	استعمال مواد دخانی	پرفشاری خون	دیابت	نوع بیماری / عادت
								افراد خانواده
								پدر
								مادر
								خواهر، برادر

* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد

جدول مراقبت ویژه

مقطع تحصیلی	دیابت	سرع	بیماری های قلبی عروقی	آسم	بیماری های ژنتیک و مادرزادی	آلرژی	نام داروی مصرفی (بیشتر از 3 ماه)
اول ابتدایی							

* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد

اقدام بعدی		درمان			پیگیری	درخواست آزمایش	درمان	اقدام		
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود				یافته ارزیابی	نوع ارزیابی	
								زیر z-score -3	قد به سن	وضعیت عمومی
								بالای z-score +3		
								بین z-score -2 و z-score -3		
								بین z-score -2 و z-score +3		
								زیر z-score -3		
								بین z-score -2 و z-score -3		
								بین z-score 1 و z-score 2		
								بین z-score 2 و z-score 3		
								بالای z-score 3		
								بین z-score -2 و z-score 1		
								زردی اسکلرا	بررسی مخاط	
								طبیعی		
								رنگ پریده		
								سالم	چشم راست	
								اختلال بینایی		
								کوئز نکتیویت		
								سالم	چشم چپ	
								اختلال بینایی		
								کوئز نکتیویت		
								سالم	کوش راست	
								اختلال شنوایی		
								اوتیت مدیا		
								اوتیت خارجی		
								سالم	کوش چپ	
								اختلال شنوایی		
								اوتیت مدیا		
								اوتیت خارجی		
								گواتر دارد	بررسی تیروئید	
								وجود مشکل بدون گواتر		
								سالم	ریه	
								آسم		
								سل		
								طبیعی	قلب و عروق	
								در خطر ابتلا به بیماری زودرس		
								بیماری دارد		
								بیماری دارد		
								سالم	جلدی	
								بیمار		

اقدام بعدی		نتیجه پیگیری			پیگیری	درخواست آزمایش	درمان	اقدام			
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود				یافته ارزیابی		نوع ارزیابی	
								سالم	ستون فقرات	ستون فقرات، قفسه سینه و اندام ها	
							اسکولیوز				
							کیفوز				
							لوردوز				
							سالم	قفسه سینه			
							اختلال شکل دارد				
							سالم	اندام ها			
							غیر طبیعی				
							ندارد	اختلال روانپزشکی			
							دارد (کد مربوطه)			
							سالم	شکم			
							توده شکمی				
							ارگانومگالی				
							طبیعی	ادراری تناسلی			
							عفونت ادراری				
							سالم	اختلال ژنتیک و مادرزادی			
							عامل خطر دارد				
							بیماری دارد				
							خشونت	رفتارهای پرخطر			
							گرایش به سیگار				
							سوء مصرف مواد				
							سایر				
							ندارد				
							طبیعی	فشار خون:			
							پره هیپرتانسیون				
							هیپرتانسیون مرحله I				
							هیپرتانسیون مرحله II				
								سایر با ذکر مورد			

ارزیابی نهایی پزشک عمومی از دانش آموز در پایه اول راهنمایی

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد / نمی باشد.
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد	دارد
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد	دارد
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:		
توصیه های پزشک عمومی:		
فعالیت ورزشی: "	بدون محدودیت	دارای محدودیت
" معاف موقت	علت	علت محدودیت
"	مدت	مدت
تاریخ مهر و امضای پزشک		

نتایج معاینات پزشک عمومی (در دوره راهنمایی)

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد / نمی باشد.
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد	دارد
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد	دارد
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:		
توصیه های پزشک عمومی:		
فعالیت ورزشی: "	بدون محدودیت	دارای محدودیت
" معاف موقت	علت	علت محدودیت
"	مدت	مدت
تاریخ مهر و امضای پزشک		

نتایج معاینات پزشک متخصص / فوق تخصص (در دوره راهنمایی)

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد و "	سالم است
مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.		
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم		
.....		
تاریخ		
مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص		

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد و "	سالم است
مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.		
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم		
.....		
تاریخ		
مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص		

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد و "	سالم است
مبتلا به بیماری/ اختلال می باشد.		
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم		
.....		
تاریخ		
مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص		

ارزیابی ساختار قامتی و آمادگی جسمانی در مقطع راهنمایی

شست کج	کف پای صاف	زانو		کمر گود	پشت			شانه نامتقارن	سر به جلو	ناهنجاری
		پرانتری	ضربدري		صاف	گرد	کج			

اگر ناهنجاری ندارد با (صفر) و در صورت وجود ناهنجاری متوسط با (1) و شدید با (2) مشخص شود.

ارزیابی ترکیب بدنی (ضخامت چربی)

پشت بازو	ساق با	جمع (ضخامت دو موضع)	درصد چربی

ارزیابی آمادگی جسمانی مرتبط با سلامت*

سوم راهنمایی	دوم راهنمایی	اول راهنمایی	مقطع		قابلیت
			آزمون	540 متر	
			دویدن	540 متر	آمادگی قلبی عروقی
			راه رفتن		
			شنای سوئدی		استقامت و قدرت عضلانی
			بارفیکس اصلاح شده		
			دراز و نشست		
			نشستن و خم شدن به جلو		انعطاف پذیری

* در ارزیابی آمادگی جسمانی مرتبط با سلامت باید درصد چربی هم در نظر گرفته شود.

توصیه های لازم با اقدامات ارجاعی:

.....

.....

.....

.....

نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده:

سمت:

امضاء:

مقطع متوسطه

محل ثبت تغییرات ایجاد شده در مشخصات فردی، مشخصات خانواده

نام:	نام خانوادگی:	نام آموزشگاه محل تحصیل:				
پدر: در قید حیات **	مادر: در قید حیات **	نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار* :				
وضعیت بیمه پایه : **	تامین اجتماعی **	خدمات درمانی **	نیروهای مسلح **	کمیتة امداد **	روستائیان **	سایر
بیمه تکمیلی:	دارد **	ندارد **				

* تنها در صورتی که پدر دانش آموز در قید حیات نباشد مشخصات سرپرست خانوار نوشته شود.

نام و آدرس مرکز بهداشتی درمانی که مدرسه تحت پوشش آن قرار دارد:		
شماره پرونده خانوار:	نام و آدرس مرکز بهداشتی درمانی خانوار:	

آدرس دقیق محل سکونت: استان	شهر	روستا:
شماره تلفن ضروری:		

وضعیت ایمن سازی

14 - 16 سالگی اول متوسطه	واکسن دوگانه بزرگسالان (توام):	** زده	** نزده	تاریخ تلقیح:
--------------------------	--------------------------------	--------	---------	--------------

ارزیابی مقدماتی

تاریخ پیگیری	اقدامات مورد نیاز					یافته ارزیابی		نوع ارزیابی
	توصیه	نتجه ارجاع		نیاز به ارجاع				
		تایید اختلال	سالم	ندارد	دارد			
							زیر 3 z-score	قد به سن
							بالای 3 z-score	
							بین 2 z-score و 3 z-score	
							بین 2 z-score و 3 z-score	
							زیر 3 z-score	نمایه توده بدنی
							بین 2 z-score و 3 z-score	
							بین 1 z-score و 2 z-score	
							بین 2 z-score و 3 z-score	
							بالای 3 z-score	
							بین 2 z-score و 1 z-score	
						/	دارد	اختلال بینایی
							ندارد	
						/	دارد	چشم راست
							ندارد	
							دارد	اختلال شنوایی
							ندارد	
							دارد	گوش راست
							ندارد	
							دارد	گوش چپ
							ندارد	
							دارد	اختلال پوست و مو
							پدیکولوز سر	
							دارد	
							ندارد	
							تعداد دندان پوسیده	وضعیت دهان و دندان
							تعداد دندان کشیده	
							تعداد دندان پر شده	
							لثه متورم	
							سایر اختلالات با ذکر نام	
							مشکوک به آسم	اختلال ریوی
							مشکوک به سل	
							ندارد	
							مشکوک به اختلال شدید	اختلال روانپزشکی
							مشکوک به سایر اختلالات	
							ندارد	

تاریخ پیگیری	اقدامات مورد نیاز					یافته ارزیابی		نوع ارزیابی	
	توصیه	نتجه ارجاع		نیاز به ارجاع		دارد	ندارد		
		تایید اختلال	سالم	ندارد	دارد				
							خشونت	رفتارهای پرخطر	
							تغذیه نامناسب		
							مصرف مواد دخانی		
							سوء مصرف مواد		
							کم تحرکی		
							ندارد		
							بالای صدک 90	فشار خون	
							طبیعی		
		امضا:			سمت:		نام و نام خانوادگی معاینه کننده:		

ارزیابی وضعیت پزشکی

سابقه بیماری / عادت در خانواده *

اختلالات عضوی ناتوان کننده	اختلالات روانپزشکی	بیماری ها یا عوامل خطر ژنتیک و مادرزادی	بیماری قلبی عروقی زیر 50 سال	اختلال چربی های خون	استعمال مواد دخانی	پرفشاری خون	دیابت	نوع بیماری / عادت
								افراد خانواده
								پدر
								مادر
								خواهر، برادر

* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد

جدول مراقبت ویژه

مقطع تحصیلی	دیابت	سرع	بیماری های قلبی عروقی	آسم	بیماری های ژنتیک و مادرزادی	آلرژی	نام داروی مصرفی (بیشتر از 3 ماه)
اول ابتدایی							

* این جدول توسط پزشک عمومی تکمیل می گردد

اقدام بعدی		درمان			پیگیری	درخواست آزمایش	درمان	اقدام		
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود				یافته ارزیابی	نوع ارزیابی	
								زیر 3 z-score	قد به سن	وضعیت عمومی
								بالای 3 z-score		
								بین 2 z-score و 3 z-score		
								بین 2 z-score و 3 z-score		
								زیر 3 z-score		
								بین 2 z-score و 3 z-score		
								بین 1 z-score و 2 z-score		
								بین 2 z-score و 3 z-score		
								بین 2 z-score و 3 z-score		
								بالای 3 z-score		
								بین 2 z-score و 1 z-score		
								زردی اسکلرا	بررسی مخاط	
								طبیعی		
								رنگ پریده		
								سالم	چشم راست	
								اختلال بینایی		
								کوئز نکتیویت		
								سالم	چشم چپ	
								اختلال بینایی		
								کوئز نکتیویت		
								سالم	کوش راست	
								اختلال شنوایی		
								اوتیت مدیا		
								اوتیت خارجی		
								سالم	کوش چپ	
								اختلال شنوایی		
								اوتیت مدیا		
								اوتیت خارجی		
								گواتر دارد	بررسی تیروئید	
								وجود مشکل بدون گواتر		
								سالم	ریه	
								آسم		
								سل		
								طبیعی	قلب و عروق	
								در خطر ابتلا به بیماری زودرس		
								بیماری دارد		
								بیماری دارد		
								سالم	جلدی	
								بیمار		

اقدام بعدی		نتیجه پیگیری			پیگیری	درخواست آزمایش	درمان	اقدام		
ارجاع تخصصی	لازم نیست	تشدید	بدون تغییر	بهبود				یافته ارزیابی	نوع ارزیابی	
								سالم	ستون فقرات	ستون فقرات، قفسه سینه و اندام ها
							اسکولیوز			
							کیفوز			
							لوردوز			
							سالم	قفسه سینه		
							اختلال شکل دارد			
							سالم	اندام ها	اختلال روانپزشکی	
							غیر طبیعی			
							ندارد			
							دارد (کد مربوطه)		
							سالم	شکم		
							توده شکمی			
							ارگانومگالی			
							طبیعی	ادراری تناسلی		
							عفونت ادراری			
							سالم	اختلال ژنتیک و مادرزادی		
							عامل خطر دارد			
							بیماری دارد			
							خشونت	رفتارهای پرخطر		
							گرایش به سیگار			
							سوء مصرف مواد			
							سایر			
							ندارد			
							طبیعی	فشار خون:		
							پره هیپرتانسیون			
							هیپرتانسیون مرحله I			
							هیپرتانسیون مرحله II			
								سایر با ذکر مورد		

ارزیابی نهایی پزشک عمومی از دانش آموز در پایه اول متوسطه

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد / نمی باشد.
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد	دارد
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد	دارد
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:		
توصیه های پزشک عمومی:		
فعالیت ورزشی: ^{**} بدون محدودیت	^{**} دارای محدودیت	علت محدودیت
^{**} معاف موقت	علت	مدت
تاریخ مهر و امضای پزشک		

نتایج معاینات پزشک عمومی (در دوره متوسطه)

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد، مبتلا به بیماری/ اختلال	می باشد / نمی باشد .
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد	دارد
نیاز به مراقبت ویژه	ندارد	دارد
نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:		
توصیه های پزشک عمومی:		
فعالیت ورزشی: ^{**} بدون محدودیت	^{**} دارای محدودیت	علت محدودیت
^{**} معاف موقت	علت	مدت
تاریخ مهر و امضای پزشک		

نتایج معاینات پزشک متخصص / فوق تخصص (در دوره متوسطه)

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد و ^{**} سالم است	مبتلا به بیماری/ اختلال
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم		
.....		
.....		
تاریخ		
مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص		

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد و ^{**} سالم است	مبتلا به بیماری/ اختلال
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم		
.....		
.....		
تاریخ		
مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص		

از دانش آموز در پایه	معاینه به عمل آمد و ^{**} سالم است	مبتلا به بیماری/ اختلال
توصیه های پزشک متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم		
.....		
.....		
تاریخ		
مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص		

نتایج ارزیابی دندانپزشکی و سلامت دهان و دندان دانش آموز

اختلالات / بیماری هایی که از نظر دندانپزشک مهم است:

اختلالات خونی ** دیابت ** سل ** مشکلات کبدی ** مشکلات قلبی عروقی **
 آسم ** مشکلات کلیوی ** صرع ** هیپاتیت ویروسی B و C ** اختلالات تیروئید **
 سابقه مصرف دارو ** مصرف فعلی دارو ** حساسیت دارویی ** سایر موارد

ثبت خدمات دندانپزشکی مورد نیاز (توسط دندانپزشک/بهداشت کار دهان و دندان تکمیل گردد)

نوع ارزیابی	ترمیم	کشیدن	پالپوتومی	فیشر و سیلان	جرم گیری و بروساز	فلوراید تراپی	سایر	تاریخ، مهر و امضای دندانپزشک/بهداشتکار
اول متوسطه								
<p>راهنمای دندانپزشک/بهداشت کار دهان و دندان</p> <p>به منظور یکسان سازی ورود داده ها و استخراج صحیح آمار و اطلاعات، نوع خدمات ارائه شده به شرح ذیل ثبت گردد:</p> <p>نوع خدمت: معاینه و آموزش/ترمیم/فلورایدتراپی/فیشر سیلان/PRR/کشیدن/جرم گیری و بروساز/درمان ریشه و نمونه ای از ثبت خدمت: ترمیم دو سطحی دندان E، درمان ریشه دندان 6</p>								

شرح خدمات دندانپزشکی انجام شده (در دوره متوسطه)

نام و نام خانوادگی ارائه دهنده خدمت	سمت،	نام مرکز ارائه دهنده خدمت		پایه تحصیلی	تاریخ
		نوع خدمت ارائه شده	خصوصی		

ارزیابی ساختار قامتی و آمادگی جسمانی در مقطع راهنمایی

شست کج	کف پای صاف	زانو		کمر گود	پشت			شانه نامتقارن	سر به جلو	ناهنجاری
		پرانتری	ضربداری		صاف	گرد	کج			

اگر ناهنجاری ندارد با (صفر) و در صورت وجود ناهنجاری متوسط با (1) و شدید با (2) مشخص شود.

ارزیابی ترکیب بدنی (ضخامت چربی)

پشت بازو	ساق پا	جمع (ضخامت دو موضع)	درصد چربی

ارزیابی آمادگی جسمانی مرتبط با سلامت*

سوم متوسطه	دوم متوسطه	اول متوسطه	مقطع		قابلیت
			آزمون		
			دویدن	540	آمادگی قلبی عروقی
			راه رفتن	متر	
			شنای سوئدی		استقامت و قدرت عضلانی
			بارفیکس اصلاح شده (دختران)		
			بارفیکس ایستاده (پسران)		
			دراز و نشست		انعطاف پذیری
			نشستن و خم شدن به جلو		

* در ارزیابی آمادگی جسمانی مرتبط با سلامت باید درصد چربی هم در نظر گرفته شود.

توصیه های لازم با اقدامات ارجاعی:

.....

.....

.....

.....

نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده:

سمت:

امضاء:

اختلالات / بیماری های تشخیص داده شده توسط پزشک در طول سال های تحصیلی که نیاز به پیگیری و مراقبت دارد

مهر و امضاء پزشک	توضیحات لازم / پیگیری	نتیجه ارجاع						اقدامات پزشک				معاینه و تشخیص			دوره و پایه تحصیلی		
		اقدامات درمانی		تأیید بیماری	عدم تأیید بیماری	بدون جواب	ارجاع		آموزش و مشاوره	مراقبت و درمان	نتیجه			تاریخ			
		نیازمند بستری و درمان تکمیلی	درمان دارویی تخصصی				غیر فوری	فوری			نوع اختلال / بیماری	دارای اختلال	موردی ندارد				
				اقدام نشده	اقدام شده												

اختلالات/ بیماری های تشخیص داده شده توسط پزشک در طول سال های تحصیلی که نیاز به پیگیری و مراقبت دارد

مهر و امضاء پزشک	توضیحات لازم/ پیگیری	نتیجه ارجاع					اقدامات پزشک				معاینه و تشخیص			دوره و پایه تحصیلی		
		اقدامات درمانی			تایید بیماری	عدم تایید بیماری	بدون جواب	ارجاع		آموزش و مشاوره	مراقبت و درمان	نتیجه				
		نیازمند بستری و درمان تکمیلی		درمان دارویی تخصصی				غیر فوری	فوری			نوع اختلال/ بیماری	دارای اختلال		موردی ندارد	تاریخ
		اقدام نشده	اقدام شده													

- § تکمیل و بررسی این شناسنامه منحصراً توسط پزشکان و مسئولین ذیربط امکان پذیر است.
- § حفظ و نگه داری آن ضروری و المثنی صادر نمی شود.
- § از یابنده تقاضا می شود آن را به آدرس آموزشگاه و یا اداره آموزش و پرورش منطقه تحویل دهد.