

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی.....

وزارت آموزش و پرورش

سازمان آموزش و پرورش استان شهرستان ناحیه منطقه.....

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

خانه بهداشت / پایگاه بهداشت

مرکز بهداشت استان شهرستان

ماه فصل سال

دبستان / مدرسه راهنمایی / دبیرستان

ارزیابی مقدماتی (دانش آموزان دوره ابتدایی) فرم آماری (109-1/1)

اختلال رفتاری	بیماری نیازمند مراقبت ویژه						دهان و دندان				جلدی		سنجش شنوایی	سنجش بینایی	ارزیابی رشد					نتایج	تعداد دانش آموزان			پایه تحصیلی و جنس
	تالاسمی	هموفیلی	آسم	صرع	قلبی عروقی	دیابت	دندان پر شده	دندان کشیده شده	لثه متورم	دندان پوسیده	کچلی سر	ریشک و شپش سر			نمایه توده بدنی			قد به سن			معاینه شده	تجهیز پوشش	کل	
															صدک 95 و بیشتر	بین صدک 85 و 95	صدک 5 و کمتر	صدک 97 و بیشتر	صدک 3 و کمتر					
																		1/ب/م				اول ابتدایی	دختر	
																		نیازمند ارجاع						
																		ارجاع						
																		تائید						
																		1/ب/م				سوم ابتدایی	پسر	
																		نیازمند ارجاع						
																		ارجاع						
																		تائید						
																		1/ب/م				موارد نیازمند پیگیری	پسر	
																		نیازمند ارجاع						
																		ارجاع						
																		تائید						
																		موارد پیگیری شده						

1/ب/م: در فرم منظور (اختلال / بیماری / مشکوک) می باشد .

تاریخ : نام و امضاء تکمیل کننده : نام و امضاء مسئول واحد :

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز بهداشت استان شهرستان	مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی خانه بهداشت / پایگاه بهداشت ماه فصل سال	وزارت آموزش و پرورش سازمان آموزش و پرورش استان شهرستان ناحیه منطقه دبستان / مدرسه راهنمایی / دبیرستان
--	--	---

نتایج معاینات پزشک عمومی (دانش آموزان دوره ابتدایی) فرم آماری (109-1/2)

پایه تحصیلی و جنس	تعداد دانش آموزان			نتایج	آئمی	گال	کچلی سر	بزرگی تیروئید	گوش حلق و بینی	چشم	ستون فقرات	اندام	بزرگی طحال	بزرگی کبد	قلب و عروق	قفسه سینه	ریه	ابهام تناسلی	عدم نزول بیضه	کلیوی	سایکولوژی	نورولوژی	روند بلوغ	پرفشاری خون	بیماریها	سایر اختلالات /
	کل	تحت پوشش	معاینه شده																							
اول ابتدایی	دختر			1/ب/م																						
				نیازمند ارجاع																						
	پسر			ارجاع																						
				تائید																						
سوم ابتدایی	دختر			1/ب/م																						
				نیازمند ارجاع																						
	پسر			ارجاع																						
				تائید																						
موارد نیازمند پیگیری				1/ب/م																						
موارد پیگیری شده				نیازمند ارجاع																						
				ارجاع																						
				تائید																						

1/ب/م: در فرم منظور (اختلال / بیماری / مشکوک) می باشد.

تاریخ: نام و امضاء تکمیل کننده: نام و امضاء مسئول واحد: