

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 راهنمایی و متوسطه) 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	تجرت 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				دختر	اول راهنمایی	
																		نیازمند ارجاع						
																		ارجاع						
																		تائید						
																		1/ب/م				پسر	اول راهنمایی	
																		نیازمند ارجاع						
																		ارجاع						
																		تائید						
																		1/ب/م				دختر	اول متوسطه	
																		نیازمند ارجاع						
																		ارجاع						
																		تائید						
																		1/ب/م				پسر	اول متوسطه	
																		نیازمند ارجاع						
																		ارجاع						
																		تائید						
																		موارد نیازمند پیگیری						
																		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 راهنمایی و متوسطه) فرم آماری (109-1/2)

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

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

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