

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی.....

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

خانه بهداشت / پایگاه بهداشت.....

مرکز بهداشت استان..... شهرستان.....

ماه..... فصل..... سال.....

دبستان / مدرسه راهنمایی / دبیرستان.....

وزارت آموزش و پرورش

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

ارزیابی مقدماتی (دانش آموزان دوره ابتدایی)

فرم آماری (1/1-109)

اختلال رفتاری	بیماری نیازمند مراقبت ویژه						دهان و دندان				جلدی		سنجش شنوایی	سنجش بینایی	ارزیابی رشد					نتایج	تعداد دانش آموزان			پایه تحصیلی و جنس	اول ابتدایی		سوم ابتدایی																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	تالاسمی	هموفیلی	آسم	صرع	قلبی عروقی	دیابت	دندان پر شده	دندان کشیده شده	ژنه 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	نیازمند ارجاع	ارجاع	تائید																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

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

نام و امضاء تکمیل کننده :

نام و امضاء مسئول واحد :

تاریخ :

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی.....

وزارت آموزش و پرورش

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

خانه بهداشت / پایگاه بهداشت.....

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

مرکز بهداشت استان..... شهرستان.....

ماه..... فصل..... سال.....

دبستان / مدرسه راهنمایی / دبیرستان.....

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

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	پسر		1/ب/م																						
				نیازمند ارجاع																						
سوم ابتدایی	دختر	پسر		ارجاع																						
				تائید																						
				1/ب/م																						
				نیازمند ارجاع																						
				ارجاع																						
				تائید																						
				1/ب/م																						
				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: