

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 (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	
	تالاسمی	هموفیلی	آسم	صرع	قلبی عروقی	دیابت	دندان پر شده	دندان کشیده شده	ژنه متورم	دندان پوسیده	کچلی سر	رشک 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				دختر	اول ابتدایی	
																			نیازمند ارجاع						
																			ارجاع						
																			تائید						
																			1/ب/م				پسر		
																			نیازمند ارجاع						
																			ارجاع						
																			تائید						
																			موارد نیازمند پیگیری						
																			موارد پیگیری شده						

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 (109-1/2)

تعداد دانش آموزان	پایه تحصیلی و جنس	کل	تحت پوشش	معاینه شده	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 /	اول ابتدایی							
																												دختر	پسر	1/ب/م	نیازمند ارجاع	ارجاع	تائید	1/ب/م	نیازمند ارجاع
موارد نیازمند پیگیری																																			
موارد پیگیری شده																																			

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

نام و امضاء مسئول واحد :

نام و امضاء تکمیل کننده :

تاریخ :