

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مرکز بهداشت استان

فرم ثبت و پیگیری کودکان مشکوک به بیماری/اختلال در طرح سنجش سلامت کودکان بدو ورود به دبستان  
مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی.....  
پایگاه بهداشتی / خانه بهداشت.....  
فصل..... سال..... ماه.....

| ردیف | نام و نام خانوادگی نوآموز | نتایج معاینه<br>(ا/ب/م) | نتیجه ارجاع به<br>مرکز تخصصی |              |                   | اقدامات به عمل آمده پس از تایید بیماری |                 |              |       |             |              | نام مدرسه و<br>شماره تلفن | شماره تلفن منزل |
|------|---------------------------|-------------------------|------------------------------|--------------|-------------------|----------------------------------------|-----------------|--------------|-------|-------------|--------------|---------------------------|-----------------|
|      |                           |                         | سالم                         | تایید بیماری | عدم همکاری والدین | پیغامه کشوری                           | مراقبت مطابق با | درمان سرپایی | جراحی | درمان بستری | خدمات حمایتی |                           |                 |
|      |                           |                         |                              |              |                   |                                        |                 |              |       |             |              |                           |                 |
|      |                           |                         |                              |              |                   |                                        |                 |              |       |             |              |                           |                 |
|      |                           |                         |                              |              |                   |                                        |                 |              |       |             |              |                           |                 |
|      |                           |                         |                              |              |                   |                                        |                 |              |       |             |              |                           |                 |
|      |                           |                         |                              |              |                   |                                        |                 |              |       |             |              |                           |                 |
|      |                           |                         |                              |              |                   |                                        |                 |              |       |             |              |                           |                 |
|      |                           |                         |                              |              |                   |                                        |                 |              |       |             |              |                           |                 |
|      |                           |                         |                              |              |                   |                                        |                 |              |       |             |              |                           |                 |

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم در مرکز بهداشتی درمانی:

تاریخ تکمیل فرم:

امضاء:

## راهنمای تکمیل فرم

این فرم در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و خانه های بهداشت جهت نوآموزان دارای اختلال / بیماری تکمیل و ماهانه به دبیرخانه طرح در مرکز بهداشت شهرستان (واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس) ارسال می گردد.

- **نتایج معاینه (ا/ب/م):** در فرم منظور (اختلال / بیماری / مشکوک) می باشد که نام بیماری / اختلال مطابق با موارد مندرج در فرم های 109-1/1 و 109-1/2 در ستون مربوطه درج می گردد.
- **نتیجه ارجاع به مرکز تخصصی:** نتیجه ارجاع نوآموز دارای مشکل و نیازمند ارجاع به مرکز تخصصی پس از پیگیری و مشخص شدن در یکی از ستون های سالم / تایید بیماری / عدم همکاری والدین علامت + درج می گردد.
- **اقدامات به عمل آمده پس از تایید بیماری (موارد پیگیری شده):**
- **مراقبت مطابق با برنامه کشوری:** منظور بیماریهایی است که در مراکز بهداشتی درمانی جهت مبتلایان مطابق با دستورالعمل خاص کشوری خدمات ارائه می شود.
- **درمان سرپایی:** منظور اقدامات درمانی صورت گرفته جهت نوآموز دارای مشکل توسط پزشک عمومی مرکز ویا متخصص می باشد که با علامت در ستون مربوطه مشخص می گردد.
- **جراحی:** منظور هر گونه جراحی اعم از جراحی سرپایی یا جراحی همراه با بستری مورد نظر می باشد که در ستون مربوطه با علامت + مشخص می گردد.
- **درمان بستری:** هرگونه درمان تخصصی که منجر به بستری کودک بدون نیاز به جراحی باشد مورد نظر می باشد که در ستون مربوطه با علامت + مشخص می گردد.
- **خدمات حمایتی:** منظور سمعک، عینک، ویلچر و..... که به نوآموزان دارای اختلال ارائه می شود.
- **مشاوره با والدین:** منظور آموزش های ارائه شده به صورت چهره به چهره به والدین کودک می باشد که در زمینه درمان یا مراقبت های مورد نیاز اختلال/بیماری شناسایی شده انجام می شود. در این ستون مواردی که جهت درمان فقط از مشاوره استفاده می شود ثبت می گردد (مشاوره تغذیه ای-روانشناسی و..)
- **تلفن تماس مدرسه/منزل:** به منظور پیگیری نتایج موارد ارجاع شده به مراکز تخصصی و چگونگی درمان کودکان دارای بیماری تایید شده و در نهایت تکمیل این فرم در ستون های مربوطه درج می گردد.
- **توجه:** تکمیل قسمت بالا وپایین فرم الزامی است. به منظور بهره برداری مطلوب از اطلاعات مندرج در فرم در پیگیری ها و همچنین تکمیل فرم های 109-1، دقت کافی در تکمیل فرم به صورت خوانا و صحیح توسط همکاران ذیربط ضروری میباشد.. مسئولیت صحت مندرجات در فرم بر عهده تکمیل کننده آن می باشد.