

دانشجوی گرامی:

در راستای اجرای طرح تحول سلامت، برنامه ریزی جهت انجام مراقبت های بهداشتی و معاینات پزشکی شما عزیزان توسط معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی صورت گرفته است این گواهی در صورت داشتن مهر پزشک مرکز خدمات جامع سلامت محل سکونت دانشجوی دارای اعتبار است و یکی از مدارک ثبت نام قطعی دانشجوی محسوب می گردد. بنابراین حفظ و نگهداری آن تا زمان ارائه به اداره پذیرش و ثبت نام مورد توجه فرار گیرد.

نکات قابل توجه:

- ویزیت پزشک در مرکز خدمات جامع سلامت براساس بسته خدمتی سلامت جوانان و نوجوانان بصورت رایگان صورت می گیرد

- بندهای (الف-ج-د) توسط دانشجو / طلبه و بندهای (ه) توسط مراکز سلامت پایگاه های سلامت و خانه های بهداشت و بندهای (و-ز) توسط پزشک مرکز تکمیل می گردد

الف: مشخصات فردی					
نام نام خانوادگی					
جنس		وضعیت ناهل:		مجرد □ مناهل □	
رشته قبولی در دانشگاه:		تلفن:		نایب □ همراه □	
ب: سابقه بیماری در خانواده					
1. دیابت	بلی □ خیر □ نمی □ دائم □	6 سرطان	بلی □ خیر □ نمی □ دائم □	11 تشنج و صرع	بلی □ خیر □ نمی □ دائم □
2. بیماری اخرون کرونر / اوزنرس	بلی □ خیر □ نمی □ دائم □	7 سل	بلی □ خیر □ نمی □ دائم □	12 اختلالات روانپزشکی	بلی □ خیر □ نمی □ دائم □
3. سکنه مغزی	بلی □ خیر □ نمی □ دائم □	8 هیپاتیت	بلی □ خیر □ نمی □ دائم □	13 بیماری های ارثی	بلی □ خیر □ نمی □ دائم □
4. چربی خون بالا	بلی □ خیر □ نمی □ دائم □	9 سنگ گله	بلی □ خیر □ نمی □ دائم □	14 بیماری های ببروند انگوانر، برکاری و کم کاری	بلی □ خیر □ نمی □ دائم □
5. فشار خون بالا	بلی □ خیر □ نمی □ دائم □	10 ایدز	بلی □ خیر □ نمی □ دائم □	15 pcod (کبست بهداشتی)	بلی □ خیر □ نمی □ دائم □
ج: سابقه بیماری دانشجوی (در مورد سابقه ابتلا به هر یک از موارد زیر در داخل مربع علامت «برند»)					
1. بیماری عفونی		مننژیت □ سل □ ایدز □ هیپاتیت (زردی) □ تب روماتسمی □ تب مالیت □			
2. اختلالات خون		کم خونی تایید شده توسط آزمایش خون □ حساسیت به باقلا (فاویسم) □ تالاسمی □ هموفیلی □			

3. گوش، حلق و بینی	گافتش نسوایی <input type="checkbox"/> سیلوریت مزمن <input type="checkbox"/> حساسیت فصلی <input type="checkbox"/> خونریزی مکرر از بینی <input type="checkbox"/> سناپز <input type="checkbox"/>
4. گوارش	زخم معده <input type="checkbox"/> بیوست مزمن <input type="checkbox"/> اسهال مزمن <input type="checkbox"/> سندرم روده تحریک پذیر <input type="checkbox"/>
5. ریه	آسم <input type="checkbox"/> آئوزی نفسی <input type="checkbox"/> عفونت ریه <input type="checkbox"/> سرفه طولانی <input type="checkbox"/>
6. قلب	بیماریهای دریچه ای قلب <input type="checkbox"/> فشارخون بالا <input type="checkbox"/> آریتمی ها <input type="checkbox"/> بیماریهای مادرزادی قلب <input type="checkbox"/>
7. غدد و متابولیسم	دیابت <input type="checkbox"/> پرکاری تیروئید <input type="checkbox"/> کم کاری تیروئید <input type="checkbox"/> خرابی خون بالا <input type="checkbox"/> گست نخمدان <input type="checkbox"/>
8. اسکلتی عضلانی	دردکمتر <input type="checkbox"/> دردهای مفصلی <input type="checkbox"/> دفرمینی اندام ها <input type="checkbox"/>
9. سنگ کلبه و مجاری ادرای	سنگ کلبه یا مثانه <input type="checkbox"/> ترشح غیر طبیعی از مجرای ادراری <input type="checkbox"/> بیلونفریت مزمن <input type="checkbox"/> عفونت ادراری <input type="checkbox"/>
10. منز و اعصاب	میگرن <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> سرگیجه دوره ای <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/>
11. اختلالات روانپزشکی	وسواس اجباری <input type="checkbox"/> اختلال تک <input type="checkbox"/> اختلال افسردگی اساسی <input type="checkbox"/> دو قطبی <input type="checkbox"/> اضطرابی <input type="checkbox"/> سایکوسگ <input type="checkbox"/>
12. دارو	حساسیت به پنی سیلین <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>

د. شیوه زندگی (با راهنمایی از مراقب ایهورز)

1. مصرف میوه روزانه چقدر است؟	بندرت / هرگز <input type="checkbox"/> کمتر از 2 سهم <input type="checkbox"/> 2 تا 3 سهم <input type="checkbox"/> یا بیشتر <input type="checkbox"/>
2. مصرف سبزی روزانه شما چقدر است؟	بندرت / هرگز <input type="checkbox"/> کمتر از 2 سهم <input type="checkbox"/> 2 تا 3 سهم <input type="checkbox"/> یا بیشتر <input type="checkbox"/>
4. چه میزان فعالیت بدنی در هفته دارید؟	بدون فعالیت بدنی هدفمند <input type="checkbox"/> کمتر از 150 دقیقه در هفته <input type="checkbox"/> 150 دقیقه و بیشتر <input type="checkbox"/>
(حداقل فعالیت بدنی معادل با 30 دقیقه یا نوانر 5 بار در هفته)	
5. واحد مصرفی شیر و لبنیات روزانه چند است؟	بندرت / هرگز <input type="checkbox"/> کمتر از 2 سهم <input type="checkbox"/> 2 تا 3 سهم <input type="checkbox"/> یا بیشتر <input type="checkbox"/>
6. آیا از نمکدان سر سفره استفاده می کنید؟	همیشه <input type="checkbox"/> بندرت / هرگز <input type="checkbox"/> گاهی <input type="checkbox"/>
7. از چه نوع روغنی بیشتر مصرف می کنید؟	فقط روغن نیمه جامد، جامد یا حیوانی <input type="checkbox"/> تلفیقی از انواع روغنیهای مایع و نیمه جامد <input type="checkbox"/> فقط گیاهی مایع <input type="checkbox"/>

19. زن بستگی

وضعیت نمایه بوده بدنی	وزن (کلوگرام)	قد (سنتی)	نمایه بوده بدنی (BMI)
			کمتر از 18.5
			18.5 - 24.9
			25 - 29.9
			30 و بالاتر

و: نقص عضو	
چشم	یک چشم <input type="checkbox"/> هر دو چشم <input type="checkbox"/>
گوش	یک گوش <input type="checkbox"/> هر دو گوش <input type="checkbox"/>
دست	یک دست <input type="checkbox"/> هر دو دست <input type="checkbox"/> یک انگشت غیر از انگشت شست <input type="checkbox"/> یک یا 3 انگشت غیر از انگشت شست در یک دست <input type="checkbox"/>
پا	یک یا <input type="checkbox"/> هر دو پا <input type="checkbox"/> یک پا نداشته باشد ولی پای مصنوعی قادر به راه رفتن باشد <input type="checkbox"/> هر دو پا نداشته باشد ولی پای مصنوعی قادر به راه رفتن باشد <input type="checkbox"/>
ز: اظهار نظر پزشک عمومی	
وضعیت دانشجوی با سابقه بیماری	تحت درمان <input type="checkbox"/> نیاز به پیگیری دارد <input type="checkbox"/>
نتیجه ویریت فعلی پزشک مرکز	مشکوک به بیماری <input type="checkbox"/> سالم <input type="checkbox"/>
نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نیاز به ارجاع به ..... می باشد
	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نتیجه پیگیری .....
نیاز به آزمایشات تکمیلی	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نتیجه آزمایش .....
توصیه های پزشک عمومی	.....
فعالیت ورزشی	بدون محدودیت <input type="checkbox"/> دارای محدودیت <input type="checkbox"/> معاف بود <input type="checkbox"/> ثبت <input type="checkbox"/> مدت .....

تاریخ ..... مهر و امضاء پزشک مرکز خدمات جامع سلامت